事　務　連　絡
令和６年５月１日

地 方 厚 生（支）局 医 療 課
都道府県民生主管部（局）
　国民健康保険主管課（部）　　御中
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
　後期高齢者医療主管課（部）

厚生労働省保険局医療課

令和６年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について

下記の通知について、それぞれ別添１から別添 10 までのとおり訂正しますので、その取扱いについて周知徹底を図られますよう、お願いいたします。

また、令和６年３月５日付官報（号外第 49 号）に掲載された令和６年度診療報酬改定に伴う関係告示については、別添 11 のとおり、官報掲載事項の訂正が行われる予定ですので、あらかじめお知らせします。

・「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」
（令和６年３月５日保医発 0305 第４号）（別添１）
・「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」
（令和６年３月５日保医発 0305 第５号）（別添２）
・「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」
（令和６年３月５日保医発 0305 第６号）（別添３）
・「訪問看護ステーションの基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて」
（令和６年３月５日保発 0305 第７号）（別添４）
・「「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について」
（令和６年３月 27 日保医発 0327 第５号）（別添５）
・「歯科の診療録及び診療報酬明細書に使用できる略称について」
（令和６年３月 27 日保医発 0327 第７号）（別添６）
・「「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について」
（令和６年３月 27 日保医発 0327 第８号）（別添７）
・「入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養の基準等に係る届出に関する手続きの取扱いについて」
（令和６年３月５日保医発 0305 第 13 号）（別添８）
・「健康保険法及び高齢者の医療の確保に関する法律に規定する患者申出療養の申出等の手続の細則について」の一部改正について（通知）」

（令和６年３月 27 日保医発 0327 第 14 号）（別添９）

・「「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について」の一部改正について」

（令和６年３月 27 日保医発 0327 第 10 号）（別添 10）

診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について

（令和６年３月５日保医発 0305 第４号）

別添１

医科診療報酬点数表に関する事項

第１章　基本診療料

第１部　初・再診料

第２節　再診料

Ａ００１　再診料

(11)　地域包括診療加算

エ　患者又はその家族からの求めに応じ、疾患名、治療計画等についての文書を交付し、適切な説明を行うことが望ましい。その際、文書の交付については電子カルテ情報共有~~システム~~サービスにおける患者サマリーに入力し、診療録にその記録及び患者の同意を得た旨を残している場合は、文書を交付しているものとみなすものとする。

第２部　入院料等

第３節　特定入院料

Ａ３０５　一類感染症患者入院医療管理料

（２）　一類感染症患者入院医療管理料に係る算定要件に該当しない患者が、当該治療室に入院した場合には、入院基本料等を算定する。

この際、入院基本料等を算定する場合の費用の請求については、「Ａ３００」の救命救急入院料の(~~16~~17)と同様であること。

第４節　短期滞在手術等基本料

Ａ４００　短期滞在手術等基本料

（３）　短期滞在手術等基本料１の「イ」主として入院で実施されている手術を行った場合とは、以下に掲げる手術等を行った場合をいう。

（４）　短期滞在手術等基本料１の「イ」又は「ロ」の「(1)」麻酔を伴う手術を行った場合とは、医科点数表第２章第 11 部に掲げる麻酔のうち、「Ｌ００９」麻酔管理料(Ⅰ)及び「Ｌ０１０」麻酔管理料(Ⅱ)の対象となる、以下に掲げる麻酔を伴う手術等を行った場合をいう。

第２章　特掲診療料

第１部　医学管理等

第１節　医学管理料等

Ｂ００１－２－９　地域包括診療料

（４）　患者又はその家族からの求めに応じ、疾患名、治療計画等についての文書を交付し、適切な説明を行うことが望ましい。その際、文書の交付については電子カルテ情報共有~~システム~~サービスにおける患者サマリーに入力し、診療録にその記録及び患者の同意を得た旨を残している場合は、文書を交付しているものとみなすものとする。

第２部　在宅医療

第１節　在宅患者診療・指導料

Ｃ０００　往診料

(30)　「注 10」に規定する介護保険施設等連携往診加算は、介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム（当該保険医療機関と特別の関係にあるものを除く。以下この項において「介護保険施設等」という。）において療養を行っている患者の病状の急変等に伴い、当該介護保険施設等の従事者等の求めに応じて事前に共有されている当該患者に関する診療情報及び病状の急変時の対応方針等を踏まえて往診を行った際に、提供する医療の内容について患者又は当該介護保険施設等の従事者に十分に説明した場合に限り算定できる。この場合、介護保険施設等の名称、活用した当該患者の診療情報、急変時の対応方針及び診療の要点を診療録に記録すること。なお、この項において「特別の関係」とは、当該保険医療機関と介護保険施設等の関係が以下のいずれかに該当する場合は特別の関係にあると認められる。

オ　~~（~~ア~~）~~から~~（~~エ~~）~~までに掲げる場合に準ずる場合（人事、資金等の関係を通じて、当該保険医療機関が、当該介護保険施設等の経営方針に対して重要な影響を与えることができると認められる場合に限る。）

Ｃ００２　在宅時医学総合管理料、Ｃ００２－２　施設入居時等医学総合管理料

（３）　施設入居時等医学総合管理料は、施設において療養を行っている次に掲げる患者であって、通院困難な者に対して個別の患者ごとに総合的な在宅療養計画を作成し、定期的に訪問して診療を行い、総合的な医学管理を行った場合の評価であることから、継続的な診療の必要のない者や通院が可能な者に対して安易に算定してはならない。例えば、少なくとも独歩で家族・介助者等の助けを借りずに通院ができる者などは、通院は容易であると考えられるため、施設入居時等医学総合管理料は算定できない。なお、訪問診療を行っておらず外来受診が可能な患者には、外来において「Ａ００１」再診料の「注 12」地域包括診療加算又は「Ｂ００１－２－９」地域包括診療料が算定可能である。なお、施設入居時等医学総合管理料の算定の対象となる患者は、給付調整告示等の規定によるものとする。

ア　次に掲げるいずれかの施設において療養を行っている患者

（イ）　養護老人ホーム

（ロ）　軽費老人ホーム（「軽費老人ホームの設備及び運営に関する基準」（平成 20 年厚生労働省令第 107 号）附則第２条第１号に規定する軽費老人ホームＡ型に限る。）

（ハ）　特別養護老人ホーム
（ニ）　有料老人ホーム
（ホ）　高齢者の居住の安定確保に関する法律（平成13年法律第26号）第５条第１項に規定するサービス付き高齢者向け住宅
（ヘ）　認知症対応型共同生活介護事業所
（ト）　指定障害者支援施設（生活介護を行う施設に限る。）

第３部　検査
＜通則＞
４　第１節及び第３節に掲げられていない検査で簡単な検査は、基本診療料に含まれ、別に算定できない。なお、基本診療料に含まれる検査の主なものは、次のとおりである。
（１）　血圧測定
（２）　視野眼底検査のうち簡単なもの
（３）　眼科検査のうち斜照法、徹照法、細隙~~燈~~灯検査（ルーペ式）、機器を使用しない眼圧測定検査
（４）～(48)　（略）

第１節　検体検査料
第１款　検体検査実施料
Ｄ００３　糞便検査
（４）　カルプロテクチン（糞便）
ア　「９」のカルプロテクチン（糞便）を慢性的な炎症性腸疾患（潰瘍性大腸炎やクローン病等）の診断補助を目的として測定する場合は、ＥＬＩＳＡ法、ＦＥＩＡ法、イムノクロマト法、ＬＡ法又は金コロイド~~疑~~凝集法により測定した場合に算定できる。ただし、腸管感染症が否定され、下痢、腹痛や体重減少などの症状が３月以上持続する患者であって、肉眼的血便が認められない患者において、慢性的な炎症性腸疾患が疑われる場合の内視鏡前の補助検査として実施すること。また、その要旨を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
イ　本検査を潰瘍性大腸炎又はクローン病の病態把握を目的として測定する場合、潰瘍性大腸炎についてはＥＬＩＳＡ法、ＦＥＩＡ法、金コロイド凝集法、イムノクロマト法又はＬＡ法により、クローン病についてはＥＬＩＳＡ法、ＦＥＩＡ法、イムノクロマト法、ＬＡ法又は金コロイド~~疑~~凝集法により測定した場合に、それぞれ３月に１回を限度として算定できる。ただし、医学的な必要性から、本検査を１月に１回行う場合には、その詳細な理由及び検査結果を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
ウ　慢性的な炎症性腸疾患（潰瘍性大腸炎やクローン病等）の診断補助又は病態把握を目的として、本検査及び「Ｄ３１３」大腸内視鏡検査を同一月中に併せて行った場合は、主たるもののみ算定する。

Ｄ００６－13　骨髄微小残存病変量測定
（１）　骨髄微小残存病変量測定は、ＰＣＲ法により、急性リンパ性白血病の診断補助又は経過

観察を目的に行った場合に算定できる。

（２）　「１」の遺伝子再構成の同定に用いるものについては、急性リンパ性白血病と診断された患者又は再発が認められた患者に対して、遺伝子再構成の同定及び当該遺伝子のプライマー作成を行った場合に、それぞれ１回に限り算定できる。

（３）　「２」のモニタリングに用いるものについては、「１」の遺伝子再構成の同定に用いるものを行った患者に対して、ＰＣＲ法により急性リンパ性白血病の経過観察を目的として行った場合に、初発時と再発時にそれぞれ２回を限度として算定できる。

Ｄ０１５　血漿蛋白免疫学的検査

(11)　ＳＣＣＡ２

ア　「26」のＳＣＣＡ２は、15 歳以下の小児におけるアトピー性皮膚炎の重症度評価を行うことを目的として、ＥＬＩＳＡ法により測定した場合に、月１回を限度として算定する。

イ　アトピー性皮膚炎の重症度評価を行うことを目的として本検査及び「~~19~~18」ＴＡＲＣを同一月中に併せて行った場合は、主たるもののみ算定する。

Ｄ０２３　微生物核酸同定・定量検査

(32)　ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（ＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２核酸検出を含まないもの）

ア　「22」のウイルス・細菌核酸多項目同時検出（ＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２核酸検出を含まないもの）は、重症呼吸器感染症と診断された又は疑われる場合に、病原微生物の検索を目的として、マイクロアレイ法（定性）により、鼻腔咽頭拭い液中のインフルエンザウイルス、コロナウイルス、パラインフルエンザウイルス、ヒトメタニューモウイルス、アデノウイルス、ＲＳウイルス、ヒトライノウイルス、エンテロウイルス、マイコプラズマ・ニューモニエ、クラミジア・ニューモニエ及び百日咳菌の核酸検出を同時に行った場合に、一連の治療につき１回に限り算定する。なお、検査を実施した年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

イ　本検査は、以下のいずれかに該当する場合に算定できる。

（イ）　「Ａ３００」救命救急入院料、「Ａ３０１」特定集中治療室管理料、「Ａ３０１－４」小児特定集中治療室管理料、「Ａ３０２」新生児特定集中治療室管理料、「Ａ３０２－２」新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料又は「Ａ３０３」総合周産期特定集中治療室管理料の「２」新生児集中治療室管理料を算定する病床で集中治療が行われた場合。

Ｄ２５５－２　汎網膜硝子体検査

増殖性網膜症、網膜硝子体界面症候群又は硝子体混濁を伴うぶどう膜炎の患者に対して、散瞳剤を使用し、細隙~~燈~~灯顕微鏡及び特殊レンズを用いて網膜、網膜硝子体界面及び硝子体の検査を行った場合に限り算定する。

Ｄ２７３　細隙燈灯顕微鏡検査（前眼部）

（１）　細隙燈灯顕微鏡検査（前眼部）とは、細隙燈灯顕微鏡を用いて行う前眼部及び透光体の検査をいうものであり、「Ｄ２５７」細隙燈灯顕微鏡検査（前眼部及び後眼部）と併せて算定できない。

（２）　細隙燈灯を用いた場合であって、写真診断を必要として撮影を行った場合は、使用したフィルム代等については、眼底カメラ撮影の例により算定する。

（３）　細隙燈灯顕微鏡検査（前眼部）を行った後、更に必要があって生体染色を施して再検査を行った場合は、再検査１回に限り算定する。

Ｄ２８２－３　コンタクトレンズ検査料

（５）　コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者に対して眼科学的検査を行った場合は、コンタクトレンズ検査料１、２、３又は４の所定点数を算定し、別に「Ｄ２５５」精密眼底検査（片側）から「Ｄ２８２－２」行動観察による視力検査までに掲げる眼科学的検査は別に算定できない。ただし、新たな疾患の発生（屈折異常以外の疾患の急性増悪を含む。）によりコンタクトレンズの装用を中止しコンタクトレンズの処方を行わない場合、円錐角膜、角膜変形若しくは高度不正乱視の治療を目的としてハードコンタクトレンズの処方を行った場合、９歳未満の小児に対して弱視、斜視若しくは不同視の治療を目的としてコンタクトレンズの処方を行った場合、緑内障又は高眼圧症の患者（治療計画を作成し診療録に記載するとともに、アプラネーショントノメーターによる精密眼圧測定及び精密眼底検査を実施し、視神経乳頭の所見を詳細に診療録に記載した場合に限る。）、網膜硝子体疾患若しくは視神経疾患の患者（治療計画を作成し診療録に記載するとともに、散瞳剤を使用し、汎網膜硝子体検査又は精密眼底検査、細隙燈灯顕微鏡検査（前眼部及び後眼部）並びに眼底カメラ撮影を実施し、網膜硝子体又は視神経乳頭の所見を図示して詳細に診療録に記載した場合に限る。）、度数のない治療用コンタクトレンズを装用する患者、眼内の手術（角膜移植術を含む。）前後の患者、スティーヴンス・ジョンソン症候群又は中毒性表皮壊死症の眼後遺症に対する治療用コンタクトレンズを装用する患者等にあっては、当該点数を算定せず、「Ｄ２５５」精密眼底検査（片側）から「Ｄ２８２－２」行動観察による視力検査までに掲げる眼科学的検査により算定する。なお、この場合においても、「Ａ０００」に掲げる初診料は算定せず、「Ａ００１」に掲げる再診料又は「Ａ００２」に掲げる外来診療料を算定する。

第４節　診断穿刺・検体採取料

Ｄ４１３　前立腺針生検法

（１）　「１」のＭＲＩ撮影及び超音波検査融合画像によるものは、ＭＲＩ撮影及び超音波検査融合画像ガイド下で、前立線腺に対する針生検を実施した場合に限り算定する。なお、組織の採取に用いる保険医療材料の費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

第８部　精神科専門療法

第１節　精神科専門療法料

Ｉ００２　通院・在宅精神療法

（８）　通院・在宅精神療法を算定するに当たっては、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に当該診療に要した時間を 10 分単位で記載すること。ただし、30 分又は 60 分を超える診療を行った場合であって、当該診療に要した時間が明確でない場合には、当該診療に要した時間が 30 分又は 60 分を超えたことが明らかであると判断される精神療法を行った場合に限り、「○分超」などの記載でも差し支えない。また、５分~~以上~~を超えて 10 分未満の診療を行った場合は、「５分~~以上~~を超え 10 分未満」と記載する。

Ｉ０１６　精神科在宅患者支援管理料

（２）　「１」のイ及び「２」のイについては、以下のア及びイに該当する患者又はウに該当する患者に対して、初回の算定日から起算して６月以内に限り、月１回に限り算定すること。

イ　統合失調症、統合失調症型障害若しくは妄想性障害、気分（感情）障害又は重度認知症の状態で、退院時又は算定時におけるＧＡＦ尺度による判定が 40 以下の者（重度認知症の状態とは、「「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について」（平成 18 年４月３日老発第 0403003 号）（~~「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて~~基本診療料施設基準通知~~」~~の別添６の別紙 12 及び別紙 13 参照）におけるランクＭに該当すること。ただし、重度の意識障害のある者（ＪＣＳ（Japan Coma Scale）でⅡ－３（又は 30）以上又はＧＣＳ（Glasgow Coma Scale）で８点以下の状態にある者）を除く。）

第９部　処置

Ｊ０７８　子宮腟頸管部薬物焼灼法

ゲメプロスト製剤の投与により子宮内容物の排出が認められた場合は、子宮腟頸管部薬物焼灼法に準じて算定できる。

Ｊ２０１　酸素加算

(16)　（５）、（７）及び(11)に掲げる対価については、平成 30 年１月１日から令和元年９月 30 日までの間に医療機関が購入したものについては、当該対価に 108 分の 110 を乗じて得た額の１円未満の端数を四捨五入した額とする。

第 10 部　手術

第９款　腹部

Ｋ７２１　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術

（８）　「注３」に規定する病変検出支援プログラム加算については、大腸内視鏡検査を実施する際に、大腸内視鏡動画から大腸ポリープの持つ特徴を解析し検出支援を行うプログラム医療機器のうち、大腸内視鏡検査に関し専門の知識及び経験を有する医師が用いた場合に、用いない場合と比較して診断精度が上昇することが示されていると認められた製品を用いて診断を行い、診断されたポリープを切除した場合に、患者１人の一連の大腸内視鏡検査につき１回に限り算定できる。なお、本加算は、内視鏡検査に関する専門の知識及び５年以上の経験を有する医師により実施された場合に算定することとし、本加算の算定に当た

っては、手術の概要を診療録~~の摘要欄~~に記載し、大腸内視鏡動画から大腸ポリープの持つ特徴を解析し検出支援を行うプログラム医療機器を使用している画面の写しを診療録に添付すること。

第 13 款　手術等管理料

第３節　手術医療機器等加算

Ｋ９３９－９　切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算

（２）　切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算の算定対象となる患者は、「Ａ３０１」特定集中治療室管理料、「Ａ３０１－３」脳卒中ケアユニット入院医療管理料、「Ａ３０１－４」小児特定集中治療室管理料、「Ａ３０２」新生児特定集中治療室管理料、「Ａ３０２－２」新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料又は「Ａ３０３」総合周産期特定集中治療室管理料を算定する患者であって、次に掲げる患者である。なお、次に掲げる患者のいずれに該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載すること。

ア　ＢＭＩが 30 以上の肥満症の患者

イ　糖尿病患者のうち、ヘモグロビンＡ１ｃ（ＨｂＡ１ｃ）がＪＤＳ値で 6.6%以上（ＮＧＳＰ値で 7.0%以上）の者

ウ　ステロイド療法を受けている患者

エ　慢性維持透析患者

オ　免疫不全状態にある患者

カ　低栄養状態にある患者

キ　創傷治癒遅延をもたらす皮膚疾患又は皮膚の血流障害を有する患者

ク　手術の既往がある者に対して、同一部位に再手術を行う患者

（３）　（２）以外の患者に対して当該機器を使用した場合は、当該機器に係る費用はそれぞれの手術の所定点数に含まれ、本加算は算定できない。

別添２

歯科診療報酬点数表に関する事項

第２章　特掲診療料

第８部　処置

第１節　処置料

Ｉ０１７－２　口腔内装置調整・修理

（２）　Ｉ０１７に掲げる口腔内装置の「注」に規定する歯ぎしりに対する口腔内装置（「１　口腔内装置１」又は「２　口腔内装置２」により製作した場合に限る。）、口腔粘膜等の保護のための口腔内装置又は外傷歯の保護のための口腔内装置~~（「１　口腔内装置１」又は「２　口腔内装置２」により製作した場合に限る。）~~を装着後、咬合関係等の検査を行い、咬合面にレジンを添加又は削合により調整した場合は１口腔１回につき「１のロ　口腔内装置調整２」により算定する。なお、当該装置の調整は、月１回に限り算定する。

Ｉ０３０　機械的歯面清掃処置

（３）　歯科診療特別対応加算１、歯科診療特別対応加算２若しくは歯科診療特別対応加算３、Ｂ０００－１２に掲げる根面う蝕管理料の注２に規定する口腔管理体制強化~~体制~~加算を算定する患者であって特に機械的歯面清掃が必要と認められる患者（多剤服用患者、唾液分泌量の低下が認められる患者等）、Ｂ０００－１３に掲げるエナメル質初期う蝕管理料の注２に規定する口腔管理体制強化~~体制~~加算を算定する患者、妊娠中の患者又は他の医療機関（歯科診療を行う保険医療機関を除く。）から文書による診療情報の提供を受けた糖尿病の患者については、月１回に限り算定する。

第 12 部　歯冠修復及び欠損補綴

通則

20　次の場合において、ブリッジ又は小児義歯を適応する場合は、予め理由書、模型、エックス線フィルム又はその複製を地方厚生(支)局長に提出し、保険適応の有無について判断を求める。なお、それぞれの取扱いは、各区分の規定に従う。ただし、イからホまで以外の場合であって、実際の欠損歯を反映した歯式では保険給付外となるブリッジであって、欠損歯の間隙が１歯分少ないようなブリッジを算定する場合は同様の取扱いとする。

イ　Ｍ０００－２に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料の(10)により、「歯冠補綴物又はブリッジ」を保険医療機関において装着した場合において、外傷、腫瘍等（歯周~~疾患~~病が原因である場合を除く。）によりやむを得ず当該「歯冠補綴物又はブリッジ」の支台歯、隣在歯又は隣在歯及び当該「歯冠補綴物又はブリッジ」の支台歯を抜歯しブリッジを装着する場合

第１節　歯冠修復及び欠損補綴診療料

Ｍ０００－２　クラウン・ブリッジ維持管理料

（４）永久歯（ブリッジの支台歯の場合を除く。）に対するＭ０１０の２に掲げる４分の３冠（前歯）、Ｍ０１０の３に掲げる５分の４冠（小臼歯）、Ｍ０１０の４に掲げる全部金属冠（小臼歯及び大臼歯）及びＭ０１１に掲げるレジン前装金属冠による歯冠修復のほか、次に掲げるものはクラウン・ブリッジ維持管理の対象としない。

ロ　歯科用金属を原因とする金属アレルギーを有する患者に対するＭ０１５に掲げる非金属歯冠修復（(６)のイに規定する場合を含む。）、Ｍ０１５－２に掲げるＣＡＤ／ＣＡＭ冠（(２)のイ~~及び~~、ロ及び二並びに（３）に規定する場合を含む。）及びＭ０１７－２に掲げる高強度硬質レジンブリッジ（(２)のイに規定する場合を含む。）

別添３

調剤報酬点数表に関する事項

＜薬学管理料＞

区分１５の８　在宅移行初期管理料

（10）　「注~~3~~ 2」に規定する交通費は実費とする。

（別添２）

基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて

別添２

入院基本料等の施設基準等

第２　病院の入院基本料等に関する施設基準

16 の２　障害者施設等入院基本料の注 10 に規定する看護補助体制充実加算の施設基準

（１）　看護補助体制充実加算１の施設基準

ア　当該保険医療機関において３年以上の看護補助者としての勤務経験を有する看護補助者が、５割以上配置されていること。

イ　主として直接患者に対し療養生活上の世話を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 100 又はその端数を増すごとに１以上であること。当該看護補助者は、介護福祉士の資格を有する者又は看護補助者として３年以上の勤務経験を有し、適切な研修を修了した看護補助者であること。なお、研修内容については、11 の２の（１）の~~ロ~~イの例による。

別添３

入院基本料等加算の施設基準等

第 22　褥瘡ハイリスク患者ケア加算

１　褥瘡ハイリスク患者ケア加算に関する施設基準

（２）　褥瘡管理者は、その特性に鑑みて、褥瘡ハイリスク患者ケア加算を算定すべき患者の管理等に影響のない範囲において、オストミー・失禁のケアを行う場合及び介護保険施設等又は指定障害者支援施設等からの求めに応じ、当該介護保険施設等又は指定障害者支援施設等において褥瘡管理の専門性に基づく助言を行う場合には、専従の褥瘡管理者とみなすことができる。ただし、介護保険施設等又は指定障害者支援施設等に赴いて行う助言に携わる時間は、原則として月 10 時間以下であること。

第 26 の３　病棟薬剤業務実施加算

１　病棟薬剤業務実施加算１の施設基準

（２）　病棟薬剤業務を行う専任の薬剤師が当該保険医療機関の全ての病棟（「Ａ１０６」障害者施設等入院基本料、「Ａ３０４」地域包括医療病棟入院料又は「Ａ３０７」小児入院医療管理料以外の特定入院料（病棟単位で行うものに限る。）を算定する病棟を除く。）に配置されていること。ただし、この場合において、複数の薬剤師が一の病棟において病棟薬剤業務を実施することを妨げない。

病棟の概念及び１病棟当たりの病床数に係る取扱いについては、別添２の第２の１及び２によるものであること。

なお、病棟薬剤業務実施加算を算定できない手術室、治療室及び小児入院医療管理料以外の特定入院料（病棟単位で行うものに限る。）を算定する病棟においても、病棟薬剤業務の実施に努めること。

（３）　当該保険医療機関において、病棟専任の薬剤師による病棟薬剤業務の直近１か月の実施時間が合算して１週間につき 20 時間相当に満たない病棟（「Ａ１０６」障害者施設等入院基本料、「Ａ３０４」地域包括医療病棟入院料又は「Ａ３０７」小児入院医療管理料以外の特定入院料（病棟単位で行うものに限る。）を算定する病棟を除く。）があってはならないこと。

別添４

特定入院料の施設基準等

第１　救命救急入院料

10　救命救急入院料の「注８」に掲げる早期離床・リハビリテーション加算の施設基準

（５）（１）のイに掲げる専任の常勤看護師は、~~特定集中治療室管理料１及び２を届け出る治療室に配置される~~第２の１の（２）の看護師が兼ねることは差し支えない。また、特定集中治療室等を複数設置している保険医療機関にあっては、当該看護師が配置される特定集中治療室等の患者の看護に支障がない体制を確保している場合は、別の特定集中治療室等の患者に対する早期離床・リハビリテーションに係るチームの業務を実施することができる。

~~９~~11　救命救急入院料の「注９」に掲げる早期栄養介入管理加算の施設基準

1~~0~~2　救命救急入院料の「注 11」に掲げる重症患者対応体制強化加算の施設基準

1~~1~~3　届出に関する事項

第２　特定集中治療室管理料

９　特定集中治療室管理料の「注４」に規定する早期離床・リハビリテーション加算の施設基準

（５）（１）のイに掲げる専任の常勤看護師は、~~特定集中治療室管理料１及び２を届け出る治療室に配置される~~１の（２）の看護師が兼ねることは差し支えない。また、特定集中治療室等を複数設置している保険医療機関にあっては、当該看護師が配置される特定集中治療室等の患者の看護に支障がない体制を確保している場合は、別の特定集中治療室等の患者に対する早期離床・リハビリテーションに係るチームの業務を実施することができる。

第３　ハイケアユニット入院医療管理料

３　ハイケアユニット入院医療管理料の「注３」に掲げる早期離床・リハビリテーション加算の施設基準

（５）（１）のイに掲げる専任の常勤看護師は、~~特定集中治療室管理料１及び２を届け出る治療室に配置される~~第２の１の（２）の看護師が兼ねることは差し支えない。また、特定集中治療室等を複数設置している保険医療機関にあっては、当該看護師が配置される特定集中治療室等の患者の看護に支障がない体制を確保している場合は、別の特定集中治療室等の患者に対する早期離床・リハビリテーションに係るチームの業務を実施することができる。

第４　脳卒中ケアユニット入院医療管理料

２　脳卒中ケアユニット入院医療管理料の「注３」に掲げる早期離床・リハビリテーション加算の施設基準

（５）（１）のイに掲げる専任の常勤看護師は~~特定集中治療室管理料１及び２を届け出る治療室に配置される~~第２の１の（２）の看護師が兼ねることは差し支えない。また、特定集中治療室等を複数設置している保険医療機関にあっては、当該看護師が配置される特定集中治療室等の患者の看護に支障がない体制を確保している場合は、別の特定集中治療室等の患者に対する早期離床・リハビリテーションに係るチームの業務を実施することができる。

第４の２　小児特定集中治療室管理料

３　小児特定集中治療室管理料の「注３」に掲げる早期離床・リハビリテーション加算の施設基準

（５）（１）のイに掲げる専任の常勤看護師は、~~特定集中治療室管理料１及び２を届け出る治療室に配置される~~第２の１の（２）の看護師が兼ねることは差し支えない。また、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料又は小児特定集中治療室管理料（以下「小児特定集中治療室等」という。）を複数設置している保険医療機関にあっては、当該看護師が配置される小児特定集中治療室等の患者の看護に支障がない体制を確保している場合は、別の小児特定集中治療室等の患者に対する早期離床・リハビリテーションに係るチームの業務を実施することができる。

第７の２　地域包括医療病棟入院料

６　地域包括医療病棟入院料の「注８」に掲げる看護補助体制充実加算の施設基準

（１）　看護補助体制充実加算１の施設基準

イ　主として直接患者に対し療養生活上の世話を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 100 又はその端数を増すごとに１以上であること。当該看護補助者は、介護福祉士の資格を有する者又は看護補助者として３年以上の勤務経験を有し適切な研修を修了した看護補助者であること。なお、研修内容については、別添２の第２の 11 の２の（１）の~~ロ~~イの例による。

第 10　小児入院医療管理料

６　小児入院医療管理料の「注７」に規定する、養育支援体制加算の施設基準

（２）　養育支援チームの行う業務に関する事項

オ　養育支援体制を確保するための職員研修を企画・実施すること。当該研修は、養育支援の基本方針について職員に周知徹底を図ることを目的とするものであり、年２回程度実施されていること。なお、当該研修は、第 16 の３の~~１~~２（２）の~~の~~オに規定する精神科養育支援体制を確保するための職員研修と合同で開催して差し支えない。

第 12　地域包括ケア病棟入院料

11 の２　地域包括ケア病棟入院料の「注５」に規定する看護補助体制充実加算の施設基準

（１）　看護補助体制充実加算１の施設基準

イ　主として直接患者に対し療養生活上の世話を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 100 又はその端数を増すごとに１以上であること。当該看護補助者は、介護福祉士の資格を有する者又は看護補助者として３年以上の勤務経験を有し適切な研修を修了した看護補助者であること。なお、研修内容については、別添２の第２の 11 の２の（１）の~~ロ~~イの例による。

12　地域包括ケア病棟入院料の「注８」に掲げる看護職員夜間配置加算の施設基準

（２）　認知症等の患者の割合は、当該入院料を算定するものとして届け出ている病床又は病室に入院している全ての患者に対し別添６の別紙７の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰに

係る評価票の患者の状況等の項目（Ｂ項目）のうち、認知症及びせん妄状態に関する項目（「~~14~~13．診療・療養上の指示が通じる」又は「~~15~~14．危険行動」）に該当する患者の割合が、３割以上であること。ただし、産科患者及び 15 歳未満の小児患者は対象から除外する。

14　届出に関する事項

地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料の施設基準に係る届出は、別添７の様式９、様式 10、様式 20、様式 50 から様式 50 の３までを用いること。この場合において、病棟の勤務実績表で看護要員の職種が確認できる場合は、様式 20 の当該看護要員のみを省略することができること。また、１の(８)のなお書きに該当する場合は、年１回、全面的な改築等の予定について別添７の様式 50 又は 50 の２により地方厚生（支）局長に報告すること。

「注３」、「注４」、「注~~7~~5」及び「注~~9~~8」に規定する看護職員配置加算、看護補助者配置加算、看護補助体制充実加算、看護職員夜間配置加算及び地域包括ケア病棟特別入院料の施設基準に係る届出は、別添７の様式９、様式 13 の３、様式 18 の３、様式 20、様式 50 及び様式 50 の２を用いること。なお、看護職員配置加算、看護補助者配置加算、看護補助体制充実加算、及び看護職員夜間配置加算に係る前年度における看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の取組状況を評価するため、毎年８月において別添７の様式 13 の３を届け出ること。また、当該加算の変更の届出にあたり、直近８月に届け出た内容と変更がない場合は、当該様式の届出を略すことができること。

また、急性期一般入院料１又は７対１入院基本料（専門病院入院基本料に限る。）に係る届出を行っている病棟が当該届出を行う場合に限り、２の(１)及び(２)又は３の(１)について実績を要しない。

なお、平成 26 年３月 31 日時点で 10 対１入院基本料（一般病棟入院基本料若しくは専門病院入院基本料に限る。）、13 対１入院基本料（一般病棟入院基本料若しくは専門病院入院基本料に限る。）又は 15 対１入院基本料（一般病棟入院基本料に限る。）を算定する病院において、地域包括ケア病棟入院料の届出を行った場合には、当該入院料の届出を行っている期間において、急性期一般入院料１又は７対１入院基本料の届出を行うことはできない。

許可病床数が 400 床以上の保険医療機関については、地域包括ケア病棟入院料の届出を行うことはできない。ただし、次に掲げる場合にあっては、それぞれ次に定めるとおり、地域包括ケア病棟入院料の届出を行うことができる。

第 21　地域移行機能強化病棟入院料

１　地域移行機能強化病棟入院料の施設基準等

(20)　令和６年５月 31 日において現に地域移行機能強化病棟入院料の届出を行っている病棟については、(15)から(17)までの規定について、それぞれ以下のとおりとすること。

ア　(15)の「算定開始」及び「地域移行機能強化病棟入院料を算定した全期間」については、それぞれ「令和６年６月」及び「令和６年６月以降に地域移行機能強化病棟入院料を算定した全期間」と読み替えるものとする。

イ　(16)の「算定開始」、「算定開始月の抑年以降の同じ月」、「届出前月末日」及び「当該病棟の算定年数」については、それぞれ「令和６年６月」、「令和７年６月以降の毎年６月」、「令和６年５月 31 日」及び「令和６年６月以降の当該病棟の算定年数」と読み替

えるものとする。

ウ　(17)の「届出前月末日」及び「当該病棟の算定月数」については、それぞれ「令和６年５月 31 日」及び「令和６年６月以降の当該病棟の算定月数」と読み替えるものとする。

別添６

別紙７

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰに係る評価票

（配点）

A	モニタリング及び処置等	０点	１点	２点	３点
1	創傷処置（褥瘡の処置を除く）	なし	あり		
2	呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）	なし	あり		
3	注射薬剤３種類以上の管理（最大７日間）	なし	あり		
4	シリンジポンプの管理	なし	あり		
5	輸血や血液製剤の管理	なし		あり	
6	専門的な治療・処置	なし			
	（① 抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）、				あり
	② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理、			あり	
	③ 麻薬の使用（注射剤のみ）、				あり
	④ 麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、			あり	
	⑤ 放射線治療、			あり	
	⑥ 免疫抑制剤の管理（注射剤のみ）、			あり	
	⑦ 昇圧剤の使用（注射剤のみ）、				あり
	⑧ 抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）、				あり
	⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、				あり
	⑩ ドレナージの管理、			あり	
	⑪ 無菌治療室での治療）				あり
7	救急搬送後の入院（２日間）	なし		あり	
					A得点

B	患者の状況等	患者の状態 ０点	患者の状態 １点	患者の状態 ２点		介助の実施 0	介助の実施 1		評価
8	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない					点
9	移乗	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり		点
10	口腔清潔	自立	要介助		×	実施なし	実施あり	=	点
11	食事摂取	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり		点
12	衣服の着脱	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり		点
13	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ						点
14	危険行動	ない		ある					点
									B得点

C	手術等の医学的状況	０点	１点
15	開頭手術（11日間）	なし	あり
16	開胸手術（９日間）	なし	あり
17	開腹手術（６日間）	なし	あり
18	骨の手術（10日間）	なし	あり
19	胸腔鏡・腹腔鏡手術（４日間）	なし	あり
20	全身麻酔・脊椎麻酔の手術（５日間）	なし	あり
21	救命等に係る内科的治療（４日間） （①経皮的血管内治療、 ②経皮的心筋焼灼術等の治療、 ③侵襲的な消化器治療）	なし	あり
22	別に定める検査（２日間）	なし	あり
23	別に定める手術（５日間）	なし	あり
			C得点

注）一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰに係る評価にあたっては、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票　評価の手引き」に基づき、以下のとおり記載した点数について、Ａ～Ｃそれぞれ合計する。
・Ａ（Ａ３、Ａ６①から④まで及び⑥から⑨までを除く。）については、評価日において実施されたモニタリング及び処置等の点数を記載する。
・Ａ（Ａ３、Ａ６①から④まで及び⑥から⑨までに限る。）及びＣについては、評価日において、別表１に規定するレセプト電算処理システム用コードのうち、Ａ又はＣ項目に該当する項目の点数をそれぞれ記載する。
・Ｂについては、評価日の「患者の状態」及び「介助の実施」に基づき判断した患者の状況等の点数を記載する。

なお、急性期一般入院基本料１及び７対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）において、患者の状況等に係る得点（Ｂ得点）については、基準には用いないが、毎日評価を行うこと。

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱに係る評価票

（ 配点 ）

A	モニタリング及び処置等	０点	１点	２点	３点
1	創傷処置（褥瘡の処置を除く）	なし	あり		
2	呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）	なし	あり		
3	注射薬剤３種類以上の管理（最大７日間）	なし	あり		
4	シリンジポンプの管理	なし	あり		
5	輸血や血液製剤の管理	なし		あり	
6	専門的な治療・処置	なし			
	（① 抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）、				あり
	② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理、			あり	
	③ 麻薬の使用（注射剤のみ）、				あり
	④ 麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、			あり	
	⑤ 放射線治療、			あり	
	⑥ 免疫抑制剤の管理（注射剤のみ）、			あり	
	⑦ 昇圧剤の使用（注射剤のみ）、				あり
	⑧ 抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）、				あり
	⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、				あり
	⑩ ドレナージの管理、			あり	
	⑪ 無菌治療室での治療）				あり
7	緊急に入院を必要とする状態（２日間）	なし		あり	
					A得点

B	患者の状況等	患者の状態				介助の実施			評価
		０点	１点	２点		０	１		
8	寝返り	できる	何かにつかまれば できる	できない					点
9	移乗	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり		点
10	口腔清潔	自立	要介助		×	実施なし	実施あり	＝	点
11	食事摂取	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり		点
12	衣服の着脱	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり		点
13	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ						点
14	危険行動	ない		ある					点
									B得点

C	手術等の医学的状況	０点	１点
15	開頭手術（11日間）	なし	あり
16	開胸手術（９日間）	なし	あり
17	開腹手術（６日間）	なし	あり
18	骨の手術（10日間）	なし	あり
19	胸腔鏡・腹腔鏡手術（４日間）	なし	あり
20	全身麻酔・脊椎麻酔の手術（５日間）	なし	あり
21	救命等に係る内科的治療（４日間） （①経皮的血管内治療、 ②経皮的心筋焼灼術等の治療、 ③侵襲的な消化器治療）	なし	あり
22	別に定める検査（２日間）	なし	あり
23	別に定める手術（５日間）	なし	あり
			C得点

注） 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱに係る評価にあたっては、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票　評価の手引き」に基づき、以下のとおり記載した点数について、Ａ～Ｃそれぞれ合計する。

・Ａ及びＣについては、評価日において、別表１に規定するレセプト電算処理システム用コードのうち、Ａ又はＣ項目に該当する項目の合計点数をそれぞれ記載する。

・Ｂについては、評価日の「患者の状態」及び「介助の実施」に基づき判断した患者の状況等の点数を記載する。

なお、急性期一般入院基本料１及び７対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）において、患者の状況等に係る得点（Ｂ得点）については、基準には用いないが、毎日評価を行うこと。

別紙８　医療区分・ＡＤＬ区分等に係る評価票　評価の手引き（抄）

Ⅱ　算定期間に限りがない区分

31.　欠番

3~~1~~2. 中心静脈栄養（広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻又は急性膵炎を有する患者以外を対象として、中心静脈栄養を開始した日から 30 日を超えて実施するものに限る。）

3~~2~~3. 人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法

3~~3~~4. 肺炎に対する治療

3~~4~~5. 褥瘡に対する治療（DESIGN-R2020 分類ｄ２以上の場合又は褥瘡が２カ所以上に認められる場合に限る。）

3~~5~~6. 末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療

3~~6~~7. うつ症状に対する治療

3~~7~~8. １日８回以上の喀痰吸引

3~~8~~9. 気管切開又は気管内挿管（発熱を伴う状態を除く。）

~~39~~40. 創傷（手術創や感染創を含む。）、皮膚潰瘍又は下腿若しくは足部の蜂巣炎、膿等の感染症に対する治療

4~~0~~1. 酸素療法（密度の高い治療を要する状態を除く。）

別紙８の２　医療区分・ＡＤＬ区分等に係る評価票（療養病棟入院基本料）（抄）

別紙８の３　医療区分・ＡＤＬ区分等に係る評価票（有床診療所療養病床入院基本料）（抄）

13 86 に該当、かつ、1～4~~0~~1（13 及び 31 を除く。）に１項目以上該当する場合

31 86 に該当、かつ、1～41（13 を除く。）に該当しない場合

3~~1~~2 中心静脈栄養（広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻又は急性膵炎を有する患者以外を対象として、中心静脈栄養を開始した日から 30 日を超えて実施するものに限る。）

3~~2~~3 人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法

3~~3~~4 肺炎に対する治療

3~~4~~5 褥瘡に対する治療（DESIGN-R2020 分類ｄ２以上の場合又は褥瘡が２カ所以上に認められる場合に限る。）

3~~5~~6 末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療

3~~6~~7 うつ症状に対する治療

3~~7~~8 １日８回以上の喀痰吸引

3~~8~~9 気管切開又は気管内挿管（発熱を伴う状態を除く。）

~~39~~40 創傷（手術創や感染創を含む。）、皮膚潰瘍又は下腿若しくは足部の蜂巣炎、膿等の感染症に対する治療

4~~0~~1 酸素療法（密度の高い治療を要する状態を除く。）

~~41 86 に該当、かつ、1～40（13 を除く。）に該当しない場合~~

様式５の５

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算及びリハビリテーション・栄養・口腔連携加算の施設基準に係る届出書添付書類

届出病棟名	
届出病床数	床

１－①．入院基本料、職員（リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算を届け出る場合）

□ 急性期一般入院基本料（□ 急性期一般入院料1・□ 急性期一般入院料2・ □ 急性期一般入院料3・ □ 急性期一般入院料4・ □ 急性期一般入院料5・ □ 急性期一般入院料6）					
□ 7対1入院基本料 （□ 特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る）・□ 専門病院入院基本料）					
□ 10対1入院基本料 （□ 特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る）・□ 専門病院入院基本料）					
職種	氏名	勤務時間	専従・専任	経験年数	研修受講
医師		時間		年	□
□理学療法士 □作業療法士 □言語聴覚士		時間	□専従 □専任		
□理学療法士 □作業療法士 □言語聴覚士		時間	□専従 □専任		
□管理栄養士		時間	□専任		

１－②．入院基本料、職員（リハビリテーション・栄養・口腔連携加算を届け出る場合）

□ 地域包括医療病棟入院料				
職種	氏名	勤務時間	経験年数	研修受講
医師		時間	年	□

２．プロセス・アウトカム評価

１）早期リハビリテーション実施割合

（①～⑨についての）算出期間 （直近１年間もしくは３月間） （ 年 月 日～ 年 月 日）	
① 当該病棟を退院又は転棟した患者のうち疾患別リハビリテーション料が算定された患者数	名
② ①のうち、入棟後３日（入棟日の翌々日）までに疾患別リハビリテーション料が算定された患者数	名
③ ②／① （８割以上）	%

２）土日祝日リハビリテーション実施状況

④　当該病棟における平日における1日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供単位数／平日における1日平均入院患者数	単位／日・人
⑤　当該病棟における土日祝日における1日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供単位数／土日祝日における1日平均入院患者数	単位／日・人
⑥　⑤／④　（8割以上）	%

3）患者のＡＤＬ

⑦　当該病棟を退院又は転棟した患者数（死亡退院及び終末期のがん患者を除く）	名
⑧　⑦のうち、退院又は転棟時における ADL が入院時等と比較して低下した患者数	名
⑨　⑧／⑦　（3%未満）	%

4）褥瘡の院内発生率

⑩　調査日（届出時の直近月の初日）の当該病棟の入院患者数（調査日の入院又は予定入院患者は含まず、退院又は退院予定の患者は含める）	名
⑪　調査日に褥瘡（DESIGN-R2020 分類 d2以上）を保有する患者のうち、入院時既に褥瘡保有が記録された患者を除いた患者数	名
⑫　⑪／⑩　（2．5%未満）	%

※　⑩の入院患者数が 80 人以下の場合は、⑪が 2 人以下であること。この場合、⑫は記載する必要はない。

※　③、⑥、⑨及び⑫（⑩の入院患者数が 80 人以下の場合は⑪）いずれの要件も満たす必要がある。

3．疾患別リハビリテーション及び入退院支援加算１の届出等

（地域包括医療病棟のリハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算を届け出る場合は記載不要）

□　疾患別リハビリテーション料を届け出ている。
□　入退院支援加算１を届け出ている。
□　ＢＩの測定に関わる職員を対象としたＢＩの測定に関する研修会の年１回以上の開催

［記載上の注意］

1．□には、適合する場合「✓」を記入のこと

2．医師、理学療法士等は当該保険医療機関に常勤配置であること。理学療法士等について、病棟に専従配置又は専任で配置するものについては該当する□に「✓」を記入のこと。管理栄養士は、専任として配置される病棟は、１名につき１病棟に限ること。

3．勤務時間には、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

4．早期リハビリテーション実施割合、土日祝日リハビリテーション実施状況及びＡＤＬ評価の算出期間は直近１年間であるが、新規届出をする場合は、直近３月間の実績が施設基準を満たす場合、届出することができる。なお、施設基準を満たさなくなったため所定点数を加算できなくなった後、再度届出を行う場合については該当しない。

5．医師はリハビリテーションに係る研修を受講した修了証の写し（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。

様式５の５の２

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算
及びリハビリテーション・栄養・口腔連携加算
に係る報告書（８月報告）

届出病棟名	
病床数	床

１）早期リハビリテーション実施割合

（①～⑨についての）算出期間 （直近１年間もしくは３月間） （　　年　月　日～　　年　月　日）	
① 当該病棟を退院又は転棟した患者のうち疾患別リハビリテーション料が算定された患者数	名
② ①のうち、入棟後３日（入棟日の翌々日）までに疾患別リハビリテーション料が算定された患者数	名
③ ②／① （８割以上）	%

２）土日祝日リハビリテーション実施状況

④ 当該病棟における平日における１日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供単位数／平日における１日平均入院患者数	単位／日・人
⑤ 当該病棟における土日祝日における１日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供単位数／土日祝日における１日平均入院患者数	単位／日・人
⑥ ⑤／④ （８割以上）	%

３） 患者のＡＤＬ （Barthel Index）

⑦ 当該病棟を退院又は転棟した患者数（死亡退院及び終末期のがん患者を除く）	名
⑧ ⑦のうち、退院又は転棟時における ADL が入院時等と比較して低下した患者数	名
⑨ ⑧／⑦ （３%未満）	%

４） 褥瘡の院内発生率

⑩ 調査日（報告日の前月の初日）の当該病棟の入院患者数 （調査日の入院又は予定入院患者は含まず、退院又は退院予定の患者は含める）	名
⑪ 調査日に褥瘡（DESIGN-R2020 分類 d2以上）を保有する患者のうち、入院時既に褥瘡保有が記録された患者を除いた患者数	名
⑫ ⑪／⑫ （２．５%未満）	%

［記載上の注意］

１．①～⑨については、前年８月１日（又は届出日）～当年７月 31 日の診療実施状況を記載すること。１年間の実績を報告する場合、算出期間について記載する必要はない。

２．⑪については、⑩の患者のうち、DESIGN-R2020 分類ｄ２以上を有する患者数を記入する（１名の患者が複数の褥瘡を有していても、患者１名として数える。）。

３．⑩の入院患者数が 80 人以下の場合は、⑪が 2 人以下であること。この場合、⑫は記載する必要はない。

様式 18 の３

夜間看護加算／看護補助体制充実加算（療養病棟入院基本料の注 12・13）
看護補助加算／看護補助体制充実加算（障害者施設等入院基本料の注９・10）
急性期看護補助体制加算
看護補助体制充実加算（急性期看護補助体制加算の注４）
看護職員夜間配置加算
看護補助加算
看護補助体制充実加算（看護補助加算の注４）
看護補助体制加算／看護補助体制充実加算（地域包括医療病棟入院料の注５・８）
看護補助加算／看護補助体制充実加算（小児入院医療管理料の注９・10）
看護補助者配置加算／看護補助体制充実加算（地域包括ケア病棟入院料の注４・５）

に係る届出書添付書類

１　届出区分

（新規に届け出るものについては「新規届出」欄、既に届出を行っているものについては「既届出」欄の□に「✓」を記入のこと。）

新規届出	既届出	区分	新規届出	既届出	区分
□	□	夜間看護加算 （療養病棟入院基本料の注 12）	□	□	看護補助体制充実加算 （療養病棟入院基本料の注 13） （　１　・　２　・　３　） （いずれか該当するものに○をつけること）
□	□	看護補助加算 （障害者施設等入院基本料の注９）	□	□	看護補助体制充実加算 （障害者施設等入院基本料の注 10） （　１　・　２　・　３　） （いずれか該当するものに○をつけること）
□	□	急性期看護補助体制加算 （　　対１）	□	□	看護補助体制充実加算 （急性期看護補助体制加算の注４） （　１　・　２　） （いずれか該当するものに○をつけること
□	□	看護職員夜間配置加算 （12 対１配置加算（　１　・　２　）、 16 対１配置加算（　１　・　２　）） （いずれか該当するものに○をつけること）	□	□	看護補助加算 （　１　・　２　・　３　） （いずれか該当するものに○をつけること）
□	□	看護補助体制充実加算 （看護補助加算の注４） （　１　・　２　） （いずれか該当するものに○をつけること）	□	□	看護補助体制加算 （地域包括医療病棟入院料注５） （　　対　１　）
□	□	看護補助体制充実加算 （地域包括医療病棟入院料の注８） （　１　・　２　・　３　） （いずれか該当するものに○をつけること）	□	□	看護補助加算 （小児入院医療管理料注９）
□	□	看護補助体制充実加算 （小児入院医療管理料注 10）	□	□	看護補助者配置加算 （地域包括ケア病棟入院料の注４）
□	□	看護補助体制充実加算 （地域包括ケア病棟入院料の注５） （　１　・　２　・　３　） （いずれか該当するものに○をつけること）			

２　療養病棟における入院患者の状況

①　当該病棟の入院患者延べ数 （算出期間（1 か月）　　年　　月）	名
②　①のうちＡＤＬ区分３の患者の延べ数	名
③　ＡＤＬ区分３の患者の割合（②／①）	%

３　急性期医療を担う医療機関の体制

１）　次の区分のいずれかに該当する病院　（該当する区分の全てに〇をつけること。）		
①　年間の緊急入院患者数が 200 名以上の実績を有する病院 期　　間　：　　年　月～　　年　月 緊急入院患者数：　　名 ②　総合周産期母子医療センターを有する医療機関		
２）　年間の救急自動車及び 救急医療用ヘリコプターによる搬送受入人数		人／年
	うち入院患者数	人／年

４　看護補助者に対する研修

看護補助業務に必要な基礎的な知識・技術を習得するための院内研修の実施状況	実施日：　　月　　日 （複数日ある場合は複数日）
研修の主な内容等 ・ ・ ・ ・ ・ ・	
２回目以降の受講の看護補助者に対して「ア　医療制度の概要及び病院の機能と組織の理解」を省略している場合、該当する□に「✓」を記入 □ 全看護補助者のうち、２回目以降の受講の看護補助者のみ省略 □ 全看護補助者が２回目以降の受講のため、全ての研修で省略	

５　看護補助者の活用に関する所定の研修を受講した看護師長等の配置状況

病棟名	氏名

６　看護補助者の活用に関する看護職員の研修

看護補助者の活用に関する院内研修の実施状況	実施日：　　月　　日 （複数日ある場合は複数日）
	研修の主な内容等 ・ ・ ・ ・ ・ ・

７　３年以上の勤務経験を有する看護補助者及び主として直接患者に対し療養生活上の世話を行う看護補助者の配置の状況

該当する加算		看護補助者の数（うち、自院における３年以上の勤務経験を有する者の数）	看護補助者のうち、自院における３年以上の勤務経験を有する者の割合が５割以上	主として直接患者に対し療養生活上の世話を行う看護補助者が100対１以上
□	看護補助体制充実加算 （　１　・　２　） （療養病棟入院基本料の注13）	名 （　　名）	□	□
□	看護補助体制充実加算 （　１　・　２　） （障害者施設等入院基本料の注10）	名 （　　名）	□	□
□	看護補助体制充実加算１ （急性期看護補助体制加算の注４）	名 （　　名）	□	□
□	看護補助体制充実加算１ （看護補助加算の注４）	名 （　　名）	□	□
□	看護補助体制充実加算 （　１　・　２　） （地域包括医療病棟入院料の注８）	名 （　　名）	□	□
□	看護補助体制充実加算 （　１　・　２　） （地域包括ケア病棟入院料の注５）	名 （　　名）	□	□

８　自院において３年以上の勤務経験を有する看護補助者及び主として直接患者に対し療養生活上の世話を行う看護補助者の名簿

氏名	自院において３年以上の勤務経験を有する看護補助者	主として直接患者に対し療養生活上の世話を行う看護補助者	
		介護福祉士の資格を有する者	看護補助者として３年以上の勤務経験を有し、適切な研修を修了した看護補助者
	□	□	□
	□	□	□
	□	□	□
	□	□	□
	□	□	□
	□	□	□
	□	□	□
	□	□	□
	□	□	□
	□	□	□

９　看護補助者の業務に必要な能力の段階的な評価

段階的評価指標の作成	□

10　看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制

様式 13 の３に記載すること。
※　直近８月に届け出た内容と変更がないため届出を省略する場合、□に「✓」を記入
（ただし、「夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等」の該当項目数が要件にある場合は省略することができないものであること。）

□　届出を省略

［記載上の注意］

１　「２」の療養病棟における入院患者の状況は、夜間看護加算（療養病棟入院基本料の注 12）及び看護補助体制充実加算（療養病棟入院基本料の注 13）を届け出る場合のみ記入すること。

２　「３」の急性期医療を担う医療機関の体制は、急性期看護補助体制加算又は看護職員夜間配置加算を届け出る場合のみ記入すること。

３　「３」の１）の①に該当する場合は、直近一年間の緊急入院患者数を記入するとともに、各月の緊急入院患者数が分かる資料を添付すること。

４　「３」の１）の②に該当する場合は、当該保険医療機関がその指定を受けたことの分かる資料を添付すること。

５　看護職員夜間配置加算を届け出る場合は、「４」、「５」、「６」、「７」及び「８」の記載は不要である。

６　看護補助体制充実加算を届け出る場合は、「４」、「５」及び「６」を記載すること。また、「５」に掲げる看護師長等については、看護補助者の活用に関する所定の研修を受講していることが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。

７　「７」３年以上の勤務経験を有する看護補助者及び主として直接患者に対し療養生活上の世話を行う看護補助者の配置の状況は、看護補助体制充実加算１を届け出る場合及び療養病棟入院基本料の注13、障害者施設等入院基本料の注10、地域包括医療病棟入院料の注８並びに地域包括ケア病棟入院料の注５の看護補助体制充実加算２を届け出る場合のみ記入すること。

８　「８」「主として直接患者に対し療養生活上の世話を行う看護補助者」に該当する場合、介護福祉士の資格を有する者であること又は看護補助者として~~３年以上の経験を有し~~適切な研修を修了していることが確認できる文書（介護福祉士資格の有無、当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。

９　「９」看護補助者の業務に必要な能力の段階的な評価は、看護補助体制充実加算１を届け出る場合及び療養病棟入院基本料の注13、障害者施設等入院基本料の注10、地域包括医療病棟入院料の注８並びに地域包括ケア病棟入院料の注５の看護補助体制充実加算２を届け出る場合のみ記入すること。

９　看護補助者の業務範囲について定めた院内規定及び個別の業務内容の文書を添付すること。（看護職員夜間配置加算を届け出る場合は不要である。）

様式40の4

病棟薬剤業務実施加算の施設基準に係る届出書添付書類

１　届出に係る病棟薬剤業務実施加算の区分（届出を行うもの全てに○を付す）

（　）　病棟薬剤業務実施加算１
（　）　病棟薬剤業務実施加算２

２　病棟薬剤業務の実施体制

病棟名	当該病棟で算定している入院料	専任薬剤師の氏名

３　当該保険医療機関における医薬品の投薬及び注射の状況、副作用等の情報を把握し、収集した情報を関係する医療従事者に速やかに提供する方法

４　医薬品情報管理室の薬剤師と病棟薬剤業務を行う薬剤師の情報共有の方法

５　医薬品情報管理室で管理している情報を医療従事者が容易に入手する方法

６　迅速に適切な措置を講じることができる体制の概要

［記載上の注意］

１　「２」については、当該加算を算定する入院料（障害者施設等入院基本料、地域包括医療病棟入院料又は小児入院医療管理料以外の特定入院料（病棟単位で行うものに限る。）を除く。）を算定しているすべての病棟の名称、算定している入院料及び専任の薬剤師の氏名（複数の場合は全ての氏名）を記載すること。

２　「３」については、医薬品ごとの使用患者数、使用量、投与日数等の情報の把握方法及び発生した医薬品の副作用等の情報を積極的に収集するための体制について、具体的に記載するとともに、医薬品情報管理室から医療従事者に提供した情報の例を添付すること。

３　「４」については、共有する情報の内容及び情報共有の頻度についても記載すること。

４　「５」については、データベースの概要等、医療従事者が情報を容易に入手できることが分かる資料を添付すること。

５　「６」については、重大な副作用等の情報を得た際に迅速な措置を講じるための組織の体制及び情報伝達の流れが分かる資料を添付すること。

６　上記「３」から「６」に係る業務手順書を添付すること。

様式40の17

病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制 （８月報告）

（□には、適合する場合「✓」を記入すること）

（1） 地域医療体制確保加算の算定状況

算定開始時点（　　年　　月）

備考※（　　）

※ 算定開始後、当該加算を辞退した年月などがあれば具体的に記載すること。

（2） 病院勤務医の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況の把握

（令和6年8月1日時点）

ア 医療機関に勤務する医師数	常勤：　（　）名	非常勤：　（　）名
	宿日直（＊1）を担当する医師数（　）名（うち非常勤（　）名）	
	＊1 宿日直については、平日の平均的な1日における体制を記載すること）	

イ 病院勤務医の勤務状況の把握等（令和46年6月分）

（ア） 勤務時間の具体的な把握方法
- □ タイムカード、ICカード、パソコンの使用時間
- □ その他、客観的な記録方法

（具体的に：　）

（イ） 勤務時間以外についての勤務状況（＊2）の把握内容
- □ 年次有給休暇取得率
- □ 時短勤務実施者（＊3）数
- □ 育児休業・介護休業の取得率
- □ その他

（具体的に：　）

＊2 前年度の実績を記載。

＊3 所定労働時間をあらかじめ減じた勤務体制としている者

（ウ） 超過勤務時間（時間／月）（＊4）

平均：　（　）時間／月　　80時間／月以上の者の人数：　（　）名

最大：　（　）時間／月　　155時間／月以上の者の人数：　（　）名

最小：　（　）時間／月

＊4 常勤医における値を記載。

＊4 超過勤務時間：法定休日以外の日において1日につき8時間を超えて労働した時間並びに1週について40時間を超えて労働した時間数及び法定休日（週に1日、又は、4週につき4日付与する義務あり）において労働した時間の総和

（エ） 宿日直（回／月）
- 平均：　（　）回／月
- 最大：　（　）回／月
- 最小：　（　）回／月
- 連日当直を実施した者の人数及び回数：　（　）名・のべ（　）回

（オ） その他（自由記載・補足等）

ウ 令和5年度1年間における時間外・休日労働時間が一定時間を超える医師の人数について

1,785時間超　（　）名

1,710時間超　（　）名

□ 医師の時間外・休日労働時間について基準を超える場合、理由及び改善のための計画を公開している。

※ 特定地域医療提供医師又は連携型特定地域医療提供医師について、令和6年度において1,785時間、令和7年度において1,710時間を超える時間外・休日労働時間を行った医師がいる場合、当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示する等の方法で公開することとされている。

（令和5年7月1日時点）

ア 医療機関に勤務する医師数	常勤：　（　）名	非常勤：　（　）名
	宿日直（＊1）を担当する医師数（　）名（うち非常勤（　）名）	
	＊1 宿日直については、平日の平均的な1日における体制を記載すること）	

イ 病院勤務医の勤務状況の把握等（令和35年6月分）

（ア） 勤務時間の具体的な把握方法
- □ タイムカード、ICカード、パソコンの使用時間
- □ その他、客観的な記録方法

（具体的に：　）

（イ） 勤務時間以外についての勤務状況（＊2）の把握内容
- □ 年次有給休暇取得率
- □ 時短勤務実施者（＊3）数
- □ 育児休業・介護休業の取得率
- □ その他

（具体的に：　）

＊2 前年度の実績を記載。

＊3 所定労働時間をあらかじめ減じた勤務体制としている者

（ウ）超過勤務時間（時間／月）（＊４）

平均：　（　　）時間／月　　80時間／月以上の者の人数：　（　　）名

最大：　（　　）時間／月　　155時間／月以上の者の人数：　（　　）名

最小：　（　　）時間／月

＊４ 常勤医における値を記載。

＊４ 超過勤務時間：法定休日以外の日において１日につき８時間を超えて労働した時間並びに１週について40時間を超えて労働した時間数及び法定休日（週に１日、又は、４週につき４日付与する義務あり）において労働した時間の総和

（エ）宿日直（回／月）　平均：　（　　）回／月

最大：　（　　）回／月

最小：　（　　）回／月

連日当直を実施した者の人数及び回数：　（　　）名・のべ（　　）回

（オ）その他（自由記載・補足等）

ウ　令和~~５~~4年度１年間における時間外・休日労働時間が一定時間を超える医師の人数について

1,785時間超　（　　）名

1,710時間超　（　　）名

☐ 医師の時間外・休日労働時間について基準を超える場合、理由及び改善のための計画を公開している。

※　特定地域医療提供医師又は連携型特定地域医療提供医師について、令和6年度において1,785時間、令和7年度において1,710時間を超える時間外・休日労働時間を行った医師がいる場合、当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示する等の方法で公開することとされている。

（令和４年７月１日時点）

ア　医療機関に勤務する医師数

常勤：　（　　）名　　非常勤：　（　　）名

宿日直（＊１）を担当する医師数：　（　　）名（うち非常勤（　　）名）

＊１ 宿日直については、平日の平均的な１日における体制を記載すること）

イ　病院勤務医の勤務状況の把握等（令和~~２~~4年６月分）

（ア）勤務時間の具体的な把握方法

☐ タイムカード、ICカード、パソコンの使用時間

☐ その他、客観的な記録方法

（具体的に：　　）

（イ）勤務時間以外についての勤務状況（＊２）の把握内容

☐ 年次有給休暇取得率　　☐ 時短勤務実施者（＊３）数

☐ 育児休業・介護休業の取得率　　☐ その他

（具体的に：　　）

＊２ 前年度の実績を記載。

＊３ 所定労働時間をあらかじめ減じた勤務体制としている者

（ウ）超過勤務時間（時間／月）（＊４）

平均：　（　　）時間／月　　80時間／月以上の者の人数：　（　　）名

最大：　（　　）時間／月　　155時間／月以上の者の人数：　（　　）名

最小：　（　　）時間／月

＊４ 常勤医における値を記載。

＊４ 超過勤務時間：法定休日以外の日において１日につき８時間を超えて労働した時間並びに１週について40時間を超えて労働した時間数及び法定休日（週に１日、又は、４週につき４日付与する義務あり）において労働した時間の総和

（エ）宿日直（回／月）　平均：　（　　）回／月

最大：　（　　）回／月

最小：　（　　）回／月

連日当直を実施した者の人数及び回数：　（　　）名・のべ（　　）回

（オ）その他（自由記載・補足等）

ウ　令和~~５~~3年度１年間における時間外・休日労働時間が一定時間を超える医師の人数について

1,785時間超　（　　）名

1,710時間超　（　　）名

☐ 医師の時間外・休日労働時間について基準を超える場合、理由及び改善のための計画を公開している。

※　特定地域医療提供医師又は連携型特定地域医療提供医師について、令和6年度において1,785時間、令和7年度において1,710時間を超える時間外・休日労働時間を行った医師がいる場合、当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示する等の方法で公開することとされている。

（3） B水準・C水準等に相当する医師の働き方改革に向けた具体的な取組（実施している取組にチェックし、開始年月を回答）

1 短時間勤務正規雇用医師の活用 □ （ 年 月）

【要件】短時間勤務正規雇用医師を常勤医師20人につき1人以上雇用していること。

2 オンコール体制の構築 □ （ 年 月）

【要件】医療機関全体で、医師60人(常勤換算)あたり1人以上オンコール医師がいること。

オンコール医師が所属する診療科の医師は、同じ日に宿日直をしていないこと。

3 複数主治医制の実施 □ （ 年 月）

【要件】当該医療機関の標榜診療科(外来診療のみの診療科を除く。)のうち半数以上で複数主治医制を導入していること。

4 特定行為研修終了看護師の活用 □ （ 年 月）

【要件】急性期医療に係る以下の各領域のすべてについて、それぞれ日勤帯には院内に常時特定行為研修終了者がおり、特定行為を行っていること。

・外科手術後管理領域

・術中麻酔管理領域

・外科系基本領域

・集中治療領域

・救急領域

5 医師事務作業補助者の活用 □ （ 年 月）

【要件】○対1の割合で医師事務作業補助者を配置していること。 （ 対1）

6 法令改正によりタスクシフトを可能とした業務の実施 □ （ 年 月）

【要件】診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、救急救命士の各職種について下に掲げる行為のうちそれぞれ半数(切り上げ)以上を行った場合。

ア 診療放射線技師

・動脈路に造影剤注入装置を接続する行為（動脈路確保のためのものを除く。）、動脈に造影剤を投与するために当該造影剤注入装置を操作する行為

・下部消化管検査（CTコロノグラフィ検査を含む。）のため、注入した造影剤及び空気を吸引する行為

・上部消化管検査のために挿入した鼻腔カテーテルから造影剤を注入する行為、当該造影剤の投与が終了した後に鼻腔カテーテルを抜去する行為

・医師又は歯科医師が診察した患者について、その医師又は歯科医師の指示を受け、病院又は診療所以外の場所に出張して行う超音波検査

イ 臨床検査技師

・直腸肛門機能検査（バルーン及びトランスデューサーの挿入（バルーンへの空気の注入を含む。）並びに抜去を含む。）

・持続皮下グルコース検査（当該検査を行うための機器の装着及び脱着を含む。）

・運動誘発電位検査・体性感覚誘発電位検査に係る電極（針電極を含む。）の装着及び脱着

・検査のために、経口、経鼻又は気管カニューレ内部から喀痰を吸引して採取する行為

・消化管内視鏡検査・治療において、医師の立会いの下、生検鉗子を用いて消化管から組織検体を採取する行為

・静脈路を確保し、成分採血のための装置を接続する行為、成分採血装置を操作する行為、終了後に抜針及び止血する行為

・超音波検査に関連する行為として、静脈路を確保して、造影剤を接続し、注入する行為、当該造影剤の投与が終了した後に抜針及び止血する行為

ウ 臨床工学技士

・血液浄化装置の穿刺針その他の先端部の動脈表在化及び静脈への接続又は動脈表在化及び静脈からの除去

・心・血管カテーテル治療において、生命維持管理装置を使用して行う治療に関連する業務として、身体に電気的負荷を与えるために、当該負荷装置を操作する行為

・手術室で行う鏡視下手術において、体内に挿入されている内視鏡用ビデオカメラを保持する行為、術野視野を確保するために内視鏡用ビデオカメラを操作する行為

エ 救急救命士

・医療機関に搬送されるまでの間（病院前）に重度傷病者に対して実施可能な救急救命処置について、救急外来※ においても実施可能とされた行為

※救急外来とは、救急診療を要する傷病者が来院してから入院(病棟)に移行するまで(入院しない場合は、帰宅するまで)に必要な診察・検査・処置等を提供される場のことを指す

（別添３）

特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて

第２　届出に関する手続き

４　届出に当たっては、当該届出に係る基準について、特に定めがある場合を除き、実績期間を要しない。

ただし、以下に定める施設基準については、それぞれ以下に定めるところによる。

(14)　妥結率の実績

イ　妥結率の実績の算定期間は、報告年度の当年４月１日から９月 30 日までとし、翌年~~４~~６月１日から翌々年~~３~~５月 31 日まで適用する。

ロ　イにかかわらず、妥結率の報告年度の当年４月２日以降に新規に保険薬局に指定された薬局においては、翌々年~~３~~５月 31 日までは妥結率が５割を超えているものとみなす。

第４　経過措置等

表１　新設された又は施設基準が創設された特掲診療料

がん性疼痛緩和指導管理料の注２に規定する難治性がん性疼痛緩和指導管理加算

（中略）

胸腔鏡下弁置換術（内視鏡手術支援機器を用いる場合）

経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）

胸腔鏡下心房中隔欠損閉鎖術

表３　施設基準の改正された特掲診療料（届出が必要でないもの）

外来緩和ケア管理料

（中略）

縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

~~経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）~~

別添１

特掲診療料の施設基準等

第４の６　糖尿病透析予防指導管理料

２　糖尿病透析予防指導管理料の注~~６~~５に関する施設基準

情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

第９　在宅療養支援診療所

１　在宅療養支援診療所の施設基準

次の(１)から(３)までのいずれかに該当するものを在宅療養支援診療所という。

なお、(１)又は(２)のいずれかに該当するものが、「Ｃ０００」往診料の注１に規定する加算、「Ｃ０００」往診料の注３に規定する在宅ターミナルケア加算、「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の注６に規定する在宅ターミナルケア加算、「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)の注５に規定する在宅ターミナルケア加算、「Ｃ００２」在宅時医学総合管理料、「Ｃ００２－２」施設入居時等医学総合管理料及び「Ｃ００３」在宅がん医療総合診療料（以下「往診料の加算等」という。）に規定する「在宅療養支援診療所であって別に厚生労働大臣が定めるもの」である。

（１）　診療所であって、当該診療所単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び 24 時間往診できる体制等を確保していること。

ツ　各年度５月から７月の訪問診療を実施した回数が 2,100 回を超える~~病院~~診療所にあっては、次年の１月までに在宅データ提出加算に係る届出を行うこと。

（２）　他の保険医療機関と地域における在宅療養の支援に係る連携体制（診療所又は許可病床数が 200 床（「基本診療料の施設基準等」別表第６の２に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては 280 床）未満の病院により構成されたものに限る。以下この項において「在宅支援連携体制」という。）を構築している診療所であって、以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び 24 時間往診できる体制等を確保していること。

ただし、在宅支援連携体制を構築する複数の保険医療機関の数は、当該診療所を含めて 10 未満とする。

なお、当該在宅支援連携体制は、これを構成する診療所及び病院（許可病床数が 200 床（「基本診療料の施設基準等」別表第６の２に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては 280 床）未満のものに限る。）が、診療所にあっては以下の要件、病院にあっては第 14 の２の１(２)の要件を全て満たし、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院となることを想定しているものである。

ツ　各年度５月から７月の訪問診療を実施した回数が 2,100 回を超える~~病院~~診療所にあっては、次年の１月までに在宅データ提出加算に係る届出を行うこと。

第 14 の４　往診料に規定する患者

以下のいずれかに該当する者であって、当該患者又はその家族等の患者の看護等に当たる者が、往診を行う医療機関（以下この項において「往診医療機関」という。）に対し電話等で直接往診を求め、当該往診医療機関の医師が往診の必要性を認めたもの。

第 41　脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)

１　脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)に関する施設基準

（３）　第 40 の２の１の（３）及び（４）を満たしていること。なお、言語聴覚療法を行う場合は、遮蔽等に配慮した専用の個別療法室（内法による測定で８平方メートル以上）１室以上を別に有していることとし、言語聴覚療法のみを行う場合は、当該個別療法室があれば前段に規定する専用の施設は要しない。

第 47 の７　通院・在宅精神療法

４　通院・在宅精神療法の早期診療体制充実加算の施設基準

（３）　診療所にあっては、当該保険医療機関が過去６か月間に実施した通院・在宅精神療法の「１」のロ又は「２」のロの算定回数の合計を、当該保険医療機関に勤務する精神科を担当する医師の数で除した数が 60 以上であること。

第 61 の７の１の２　気管支バルブ留置術

２　届出に関する事項

気管支バルブ留置術の施設基準に係る届出は、別添２の~~様式 52 及び~~様式 87 の 58 を用いること。

第 91　調剤基本料の注４に規定する保険薬局

３　薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務に関する留意点

（３）　「薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を１年間実施していない保険薬局」への該当性は、前年５月１日から当年４月末日までの１年間の実績をもって判断する。該当する場合は当年６月１日~~より~~から翌年~~３~~５月末日までの間は、調剤基本料の注４で定める点数で算定する。ただし、前年５月１日から当年４月末日までに指定された保険薬局の場合は、３の(１)に掲げる業務の算定回数が、(２)に掲げる年間の実績基準（10 回又は 100 回）を 12 で除して得た数に当年４月末までの調剤基本料を算定した月数を乗じて得た数以上であれば、「薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を１年間実施していない保険薬局」に該当しないものとする。

第 95 の２　医療ＤＸ推進体制整備加算

１　医療ＤＸ推進体制整備加算に関する施設基準

（５）　電磁的記録による~~り~~調剤録及び薬剤服用歴~~等を~~の管理~~する~~体制を有していること。ただし、紙媒体で受け付けた処方箋、情報提供文書等を紙媒体のまま保管することは差し支えない。なお、保険薬局における医療ＤＸによる情報活用等の観点から、オンライン資格確認、薬剤服用歴等の管理、レセプト請求業務等を担う当該保険薬局内の医療情報システム間で情報の

連携が取られていることが望ましい。

第 96　無菌製剤処理加算

1　無菌製剤処理加算に関する施設基準

（2）　無菌製剤処理を行うための無菌室、クリーンベンチ又は安全キャビネットを備えていること。ただし、医薬品~~、~~医療機器等法施行規則第 11 条の８第１項のただし書の規定に基づき無菌調剤室（薬局に設置された高度な無菌製剤処理を行うことができる作業室をいう。）を共同利用する場合は、この限りでない。

第 105　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）

2　届出に関する事項

（2）　１の（6）の「賃金改善計画書」を、別添２の様式 95 ~~又は様式 98 の２~~により新規届出時及び毎年４月に作成し、新規届出時及び毎年６月において、地方厚生（支）局長に届け出ること。

（3）　毎年８月において、前年度における賃金改善の取組状況を評価するため、「賃金改善実績報告書」を別添２の~~様式 99 の１又は様式 99 の２~~様式 98 により作成し、地方厚生（支）局長に報告すること。

第 106　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）

1　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の施設基準

（5）　（4）について、算出を行う月、その際に用いる「対象職員の給与総額」、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される点数の見込み」及び「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の算定回数の見込み」の対象となる期間、算出した【Ｂ】に基づき届け出た区分に従って算定を開始する月は別表７のとおりとする。

「対象職員の給与総額」は、別表７の対象となる 12 か月の期間の１月あたりの平均の数値を用いること。「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される点数の見込み」及び「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の算定回数の見込み」は、初診料等の算定回数を用いて計算し、別表７の対象となる３か月の期間の１月あたりの平均の数値を用いること。

また、別表７のとおり、毎年３、６、９、12 月に上記の算定式により新たに算出を行い、区分に変更がある場合は算出を行った月内に地方厚生（支）局長に届出を行った上で、翌月（毎年４、７、10、１月）から変更後の区分に基づく点数を算定すること。なお、区分の変更に係る届出においては、「当該評価料による賃金の改善措置が実施されなかった場合の賃金総額」によって対象職員の賃金総額を算出すること。

ただし、前回届け出た時点と比較して、別表７の対象となる~~３~~12 か月の「対象職員の給与総額」~~、~~並びに別表７の対象となる３か月の「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される点数の見込み」、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の算定回数の見込み」及び【Ｂ】のいずれの変化も１割以内である場合においては、区分の変更を行わないものとすること。

新規届出時(区分変更により新たな区分を届け出る場合を除く。以下この項において同じ。)は、直近の別表７の「算出を行う月」における対象となる期間の数値を用いること。ただし、令和６年６月３日までに届出を行った場合は、令和６年６月に区分の変更を行わないものとすること。

第 106 の３　歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)

１　歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の施設基準

（５）（４)について、算出を行う月、その際に用いる「対象職員の給与総額」、「歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)により算定される点数の見込み」及び「歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)及び外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の算定回数の見込み」の対象となる期間、算出した【Ｂ】に基づき届け出た区分に従って算定を開始する月は別表７のとおりとする。

「対象職員の給与総額」は、別表７の対象となる 12 か月の期間の１月あたりの平均の数値を用いること。「歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)により算定される点数の見込み」及び「歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)及び外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の算定回数の見込み」は、初診料等の算定回数を用いて計算し、別表７の対象となる３か月の期間の１月あたりの平均の数値を用いること。

また、別表７のとおり、毎年３、６、９、12 月に上記の算定式により新たに算出を行い、区分に変更がある場合は算出を行った月内に地方厚生(支)局長に届出を行った上で、翌月(毎年４、７、10、１月)から変更後の区分に基づく点数を算定すること。なお、区分の変更に係る届出においては、「当該評価料による賃金の改善措置が実施されなかった場合の賃金総額」によって対象職員の賃金総額を算出すること。

ただし、前回届け出た時点と比較して、別表７の対象となる~~３~~12 か月の「対象職員の給与総額」~~、~~並びに別表７の対象となる３か月の「歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)により算定される点数の見込み」、「歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)及び外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の算定回数の見込み」及び【Ｂ】のいずれの変化も１割以内である場合においては、区分の変更を行わないものとすること。

新規届出時(区分変更により新たな区分を届け出る場合を除く。以下この項において同じ。)は、直近の別表７の「算出を行う月」における対象となる期間の数値を用いること。ただし、令和６年６月３日までに届出を行った場合は、令和６年６月に区分の変更を行わないものとすること。

第 107　入院ベースアップ評価料

１　入院ベースアップ評価料の施設基準

（５）（４)について、算出を行う月、その際に用いる「対象職員の給与総額」、「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)により算定される点数の見込み」及び「延べ入院患者数」の対象となる期間、算出した【Ｃ】に基づき届け出た区分に従って算定を開始する月は別表７のとおりとする。

「対象職員の給与総額」は、別表７の対象となる 12 か月の期間の１月あたりの平均の数値を用いること。「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価

料(Ⅰ)により算定される点数の見込み」は、初診料等の算定回数を用いて計算し、別表７の対象となる３か月の期間の１月あたりの平均の数値を用いること。「延べ入院患者数」は、別表７の対象となる３か月の期間の１月あたりの延べ入院患者数の平均の数値を用いること。

また、毎年３、６、９、12 月に上記の算定式により新たに算出を行い、区分に変更がある場合は地方厚生(支)局長に届出を行った上で、翌月(毎年４、７、10、１月)から変更後の区分に基づく点数を算定すること。なお、区分の変更に係る届出においては、「当該評価料による賃金の改善措置が実施されなかった場合の賃金総額」について対象職員の賃金総額を算出すること。

ただし、前回届け出た時点と比較して、別表７の対象となる~~３~~12 か月の「対象職員の給与総額」~~、~~並びに別表７の対象となる３か月の「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)により算定される点数の見込み」、「延べ入院患者数」及び【Ｃ】のいずれの変化も１割以内である場合においては、区分の変更を行わないものとすること。

新規届出時(区分変更により新たな区分を届け出る場合を除く。以下この項において同じ。)は、直近の別表７の「算出を行う月」における対象となる期間の数値を用いること。ただし、令和６年６月３日までに届出を行った場合は、令和６年６月に区分の変更を行わないものとすること。

様式２の２

（導入期加算１
導入期加算２
導入期加算３
腎代替療法実績加算
腎代替療法指導管理料）の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を〇で囲むこと。

１　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			
２　関連学会の作成した資料又はそれらを参考に作成した資料に基づき、患者ごとの適応に応じて、腎代替療法について、患者に対し~~十分必要~~な説明（導入期加算２及び３については、心血管障害を含む全身合併症の状態及び当該合併症について選択することができる治療法について、患者に対し十分な説明を含む。）を行っている　有　・　無			
３　在宅自己腹膜灌流指導管理料の過去１年間の算定回数（24 件又は 36 件以上）　件			
４　腎移植に係る取組の状況			
腎移植について、患者の希望に応じて適切に相談に応じている			有　・　無
前年に腎移植に向けた手続き等を行った患者数（２人又は５人以上）			人
手続き等を行った時期	手続き等の種類（日本臓器移植ネットワークへの登録･先行的腎移植･腎移植による透析離脱）	患者年齢	主病名
腎代替療法を導入するに当たって、心血管障害を含む全身合併症の状態及び当該合併症に対して選択することができる治療法について、患者に対し十分な			有　・　無

説明を行っている	

５　腎臓内科の診療に従事した経験を３年以上有する専任の常勤医師の氏名等

常勤医師の氏名	診療科名	勤務時間	腎臓内科の経験年数
		時間	年
		時間	年
		時間	年

６　５年以上看護師として医療に従事し、腎臓病患者の看護について３年以上の経験を有する専任の常勤看護師の氏名等

常勤看護師の氏名	看護師の経験年数（うち、腎臓病看護の経験年数）
	年（　　年）
	年（　　年）

７　腎代替療法に係る所定の研修を修了した者の氏名等

８　腎代替療法に係る研修を実施又は受講する連携保険医療機関名及び研修実施日

医療機関名	開設者名	所在地

研修実施日

［記載上の注意］

１　「４」の手続きを行った時期については、手続きを行った年月日や期間等を記入すること。なお、腎移植に向けた手続き等を行った患者とは、日本臓器移植ネットワークに腎臓移植希望者として新規に登録された患者、先行的腎移植が実施された患者又は腎移植が実施され透析を離脱した患者をいう。

２　導入期加算１の届出を行う場合にあっては、「３」から「６」については記載する必要はないこと。

３　導入期加算２、導入期加算３及び腎代替療法実績加算の届出を行う場合にあっては、「５」及び「６」は記載する必要はないこと。

４　「５」の腎臓内科を担当する常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

５　「５」及び「６」については、医師及び看護師の経験が確認できる文書を添付すること。

６　「７」については、腎代替療法に係る研修の修了証（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。

様式 44 の５の３

通院・在宅精神療法の□注 11（早期診療体制充実加算）
□注 12（情報通信機器を用いた精神療法）
に規定する施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項に□に✔を記入すること。

１　常勤の精神保健指定医の配置に係る要件

（常勤の精神保健指定医の氏名及び指定医番号を記入すること。）

氏名	指定医番号

２　通院・在宅精神療法の算定回数に係る要件

（以下の各数値を記載し、要件を満たす場合は、□に✔を記入すること。）

当該保険医療機関が過去６か月間に実施した通院・在宅精神療法の算定回数			回（a）
	うち、	「１」のロ（初診の日に 60 分以上）の算定回数	回（b）
		「１」のハの（１）（30 分以上）の算定回数	回（c）
		「２」のロ（初診の日に 60 分以上）の算定回数	回（d）
		「２」のハの（１）（60 分以上）の算定回数	回（e）
		「２」のハの（２）（30 分以上 60 分未満）の算定回数	回（f）
	{(b)＋(c)＋(d)＋(e)＋(f)}／(a)		（%） □（≧５%）

※診療所にあっては、以下の各数値も記載し、要件を満たす場合は、□に✔を記入すること。

当該保険医療機関に勤務する精神科を担当する医師の数	人（g）
{(b)＋(d)}／(g)	（回／人） □（≧60）

3　精神保健指定医に係る要件（直近１年間の実績を記入すること）

		指定医氏名① （　　） 指定医番号 （　　）	指定医氏名② （　　） 指定医番号 （　　）
（１）	~~他医療機関で~~時間外、休日又は深夜における外来対応施設（自治体等の夜間・休日急患センター等を含む。）での外来診療又は救急医療機関~~で~~への診療協力（外来、当直~~、~~又は対診等）を年６回以上行うこと（いずれも精神科医療を必要とする患者の診療を行うこと。）。		
	実施日①（実施医療機関名）	／　（　　）	／　（　　）
	実施日②（実施医療機関名）	／　（　　）	／　（　　）
	実施日③（実施医療機関名）	／　（　　）	／　（　　）
	実施日④（実施医療機関名）	／　（　　）	／　（　　）
	実施日⑤（実施医療機関名）	／　（　　）	／　（　　）
	実施日⑥（実施医療機関名）	／　（　　）	／　（　　）
（２）	精神保健福祉法上の精神保健指定医として業務等（※）を年１回以上行っていること。 （※）精神保健福祉法第十九条の四に規定する業務等を指す。		
	実施日（実施医療機関名）	／　（　　）	／　（　　）
	公務員としての業務の場合 ①実施した業務の内容 ②依頼元（都道府県名等）	① ②	① ②

4　当該保険医療機関の、地域の精神科救急医療体制の確保への協力に係る要件（直近１年間の実績を記入すること）

（１）	精神科救急医療体制整備事業で該当する施設を選択	□　精神科救急医療確保事業において常時対応型施設として指定を受けている医療機関	
		□　身体合併症救急医療確保事業において指定を受けている医療機関	
（２）	□　精神科救急医療確保事業において病院群輪番型施設として指定を受けている医療機関		
	①　当該保険医療機関の時間外、休日又は深夜における入院件数		件（≧４件）
	①のうち、精神科救急情報センター、精神医療相談窓口、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県（政令市の地域を含むものとする）、市町村、保健所、警察又は消防（救急車）からの依頼件数		件（≧１件）
	②　当該保険医療機関の時間外、休日又は深夜における外来対応件数		件（≧10 件）
	②のうち、精神科救急情報センター、精神医療相談窓口、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県（政令市の地域を含むものとする）、市町村、保健所、警察又は消防（救急車）からの依頼件数（夜間、休日又は深夜以外の依頼件数も含む。）。		件
（３）	①　□　精神科救急医療確保事業において外来対応施設として指定を受けている医療機関		
	②　□　時間外対応加算１の届出を行っている。		
	③　□　精神科救急情報センター、都道府県、市町村、保健所、警察、消防（救急車）、救命救急センター、一般医療機関等からの患者に関する問合せ等に対し、原則として当該保険医療機関において、常時対応できる体制がとられている。また、やむを得ない事由により、電話等による問合せに応じることができなかった場合であっても、速やかにコールバックすることができる体制がとられている。		

5　早期診療体制充実加算における届出に係る要件

（届出を行っている場合は、□に✓を記入すること。）

児童思春期精神科専門管理加算	□
療養生活継続支援加算	□
児童思春期支援指導加算	□
精神科リエゾンチーム加算	□
依存症入院医療管理加算	□
摂食障害入院医療管理加算	□
精神科入退院支援加算	□
児童・思春期精神科入院医療管理料	□
認知療法・認知行動療法	□
依存症集団療法１、２又は３	□
精神科在宅患者支援管理料	□

6　情報通信機器を用いた精神療法における届出等に係る要件

（届出を行っている場合は、□に✓を記入すること。）

要件	該当
情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。	□
「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」に沿って診療を行う体制を有していること。	□

［記載上の注意］

1　注 11 を届け出る場合は、「１」から「５」までを、注 12 を届け出る場合は、「３」、「４」及び「６」を、それぞれ満たすこと。

2　実績等については、照会に対し速やかに回答できるように医療機関で保管すること。

3　「３」について、

・注 11 を届け出る場合は、当該保険医療機関に常勤の精神保健指定医が(２)を満たすこと。当該保険医療機関に常勤の精神保健指定医が２名以上勤務している場合は、少なくとも２名が(２)を満たすこと。

・注 12 を届け出る場合は、情報通信機器を用いた精神療法を実施する精神保健指定医が(１)又は(２)を満たすこと。

・(２)について、当該精神保健指定医が以下の①から⑤に掲げる「公務員としての業務」を行っている場合は、実施した業務の内容及び当該業務を依頼した都道府県名又は政令指定都市名を記入すること。

①　措置入院及び緊急措置入院時の診察
②　医療保護入院及び応急入院のための移送時の診察
③　精神医療審査会における業務
④　精神科病院への立入検査での診察
⑤　その他都道府県の依頼による公務員としての業務

4　「４」について、当該保険医療機関において、(１)、(２)又は(３)のいずれかの要件を満たすこと。具体的には、(２)の場合、精神科救急医療体制整備事業の病院群輪番型施設に該当し①又は②の要件を満たし、(３)の場合、①及び③又は②及び③の要件を満たすこと。

5　「５」について、当該保険医療機関においていずれかを届け出ていること。

様式 84

調剤基本料の施設基準に係る届出書添付書類

1　当該保険薬局における調剤基本料の区分「参考」を踏まえ、いずれかに〇を付ける）	（　）	調剤基本料１
	（　）	調剤基本料２
	（　）	調剤基本料３－イ
	（　）	調剤基本料３－ロ
	（　）	調剤基本料３－ハ
	（　）	特別調剤基本料Ａ

2　届出の区分（該当する項目の□に「☑」を記入する）

□	新規指定に伴う新規届出（遡及指定が認められる場合を除く）	指定日	令和　　年　　月　　日
□	新規指定に伴う届出（遡及指定が認められる場合）		
□	調剤基本料の区分変更に伴う届出		
□	その他　（　　）		

3　調剤基本料の注１ただし書への該当の有無（医療資源の少ない地域に所在する保険薬局）	□あり（様式 87 の２の添付が必要） □なし

4　保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係（特別調剤基本料Ａへの該当性）

ア　保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係の有無※1 ※１　ウの（イ）から（ニ）までのいずれかに該当する場合は「あり」に☑する。		□なし →「５」へ □あり
イ　特別な関係を有する保険医療機関名		名称： □病院　□診療所
ウ　下記の（イ）から（ニ）のうち保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係に該当するものは「あり」に☑する		
（イ）　保険医療機関と不動産の賃貸借取引		□なし　□あり※2
（ロ）　保険医療機関が譲り渡した不動産の利用		□なし　□あり※2
（ハ）　保険薬局が所有する設備の貸与		□なし　□あり
（ニ）　保険医療機関による開局時期の指定		□なし　□あり※2
エ　特別な関係を有する保険医療機関からの処方箋受付回数		回
オ　特別な関係を有する保険医療機関に係る処方箋集中率		%

※２　病院と平成 28 年 10 月１日以降に新規に開局し指定を受けた保険薬局との間で「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（通知）」（令和６年３月５日保医発 0305 第６号。以下「特掲診療料施設基準通知」という。）の別添１の「第 88 の４　特別調剤基本料Ａ」の２の（２）に示すア、イ若しくはエの関係がある場合又は診療所と平成 30 年４月１日以降に新規に開局し指定を受けた保険薬局（同一建物内に診療所が所在している場合を除く。）との間でア、イ若しくはエの関係がある場合に「あり」に☑を記入すること。

また、遡及指定が認められる場合であって、遡及指定前から移転等により不動産賃貸借関係が変更となる場合には、遡及指定後の不動産賃貸借関係を踏まえ、保険医療機関と保険薬局との間でアの関係がある場合に「あり」に☑を記入すること。ただし、病院と平成 28 年９月 30 日以前からア若しくはイの関係がある場合又は診療所と平成 30 年３月 31 日以前からア若しくはイの関係がある場合を除く。

５　同一グループ内の処方箋受付回数等（調剤基本料３への該当性）

ア　薬局グループへの所属の有無	□所属していない（個店） →「６」へ □所属している
イ　所属するグループ名	
ウ　同一グループの保険薬局数（①）	
エ　１月当たりの同一グループ内の処方箋受付回数の合計（②）	回
オ　特定の保険医療機関との不動産の賃貸借取引の有無	□なし　□あり

６　処方箋の受付回数及び集中率等

期間：　年　月　～　年　月（　か月間③）

（１）全処方箋受付回数等

ア　全処方箋受付回数（④）	回
イ　アのうち、主たる（処方箋受付回数が第１位の）保険医療機関からの処方箋受付回数（⑤）	回
ウ　主たる保険医療機関名	
エ　処方箋集中率（⑥）	%
オ　アの全処方箋受付回数が 4000 回を超える場合 下記のカからケを記載する。	□ 4000 回を超えていない →「６」の（２）へ □ 4000 回を超える

	処方箋受付回数が第２位の医療機関	処方箋受付回数が第３位の医療機関
カ　保険医療機関名		
キ　アのうち、それぞれの保険医療機関からの処方箋受付回数	回（⑦）	回（⑧）
ク　それぞれの保険医療機関の処方箋集中率	%（⑨）	%（⑩）
ケ　処方箋受付回数が多い上位３の保険医療機関に係る処方箋集中率の合計（⑥、⑨及び⑩の合計）	%（⑪）	

（２）同一建物内にある保険医療機関の有無等（調剤基本料２の該当性）

ア　同一建物内の保険医療機関の有無	□なし　→「（３）」へ □あり
イ　同一建物内の保険医療機関数（⑫）	施設
ウ　イの保険医療機関からの処方箋受付回数の合計（⑬）	回

（３）主たる保険医療機関が同一のグループ内の他の保険薬局の有無等（調剤基本料２の該当性）

ア　主たる保険医療機関が同一であるグループ内の他の保険薬局の有無	□なし　→記載終了 □あり
イ　主たる保険医療機関が同一であるグループ内の他の保険薬局数（⑭）	施設
ウ　イの保険薬局における主たる保険医療機関からの処方箋受付回数の合計（⑮）	回
エ　⑤と⑮を合計した処方箋受付回数（⑯）	回

（参考）

調剤基本料の区分については、以下のＡからＥに基づき判定し、表の「１」に該当する区分に〇をつける。ただし、実績が判定されるまではそれぞれの項目について、該当しないものとして取り扱う。

Ａ　医療資源の少ない地域に所在する保険薬局への該当性（表の「３」の「あり」に☑）

該当　→調剤基本料１に該当

該当しない　→Ｂへ

Ｂ　特別調剤基本料Ａへの該当性

・保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係にない（表の「４」でアで「なし」に☑）
→Ｃへ

・保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係があり（表の「４」のウの（イ）から（ニ）いずれかの「あり」に☑）、かつ、特別な関係を有する保険医療機関に係る処方箋集中率（「４」のオ）が 50%を超える

該当　→特別調剤基本料Ａに該当

該当しない　→Ｃへ

Ｃ　調剤基本料３への該当性

（１）　薬局グループに所属していない（表の「５」のアの「所属していない（個店）」に☑）
→Ｄ－１へ

（２）　同一グループの保険薬局数（表の①）が、

・300 以上　→Ｃ－３へ

・300 未満　→（３）へ

（３）　同一グループの１月当たりの処方箋受付回数（表の②）が、

・３万５千回以下　→Ｄ－１へ

・３万５千回を超え、４万回以下　→Ｃ－１へ

・４万回を超え、40 万回以下　→Ｃ－２へ

・40 万回を超える　→Ｃ－３へ

Ｃ－１　同一グループの保険薬局数：300 未満かつ

グループ内の１月当たりの処方箋受付回数：３万５千回を超え、４万回以下

・次のいずれかに該当　→調剤基本料３　イに該当

・保険医療機関との不動産賃貸借取引がある（表の「５」のオの「あり」に☑）

・処方箋集中率（表の⑥）が 95%を超える

・いずれにも該当しない　→Ｄ－１へ

Ｃ－２　同一グループの保険薬局数：300 未満かつ

グループ内の１月当たりの処方箋受付回数：４万回を超え、40 万回以下

・次のいずれかに該当　→調剤基本料３　イに該当

・保険医療機関との不動産賃貸借取引がある（表の「５」のオの「あり」に「☑」）
・処方箋集中率(表の⑥)が 85%を超える
・いずれにも該当しない　→Ｄ－１へ

Ｃ－３　同一グループの保険薬局数：300 以上又は
グループ内の１月あたりの処方箋受付回数：40 万回を超える
・次のいずれかに該当　→調剤基本料３　ロに該当
・保険医療機関との不動産賃貸借取引がある（表の「５」のオの「あり」に「☑」）
・処方箋集中率(表の⑥)が 85%を超える
・いずれにも該当しない　→Ｄ－１へ

Ｄ－１　調剤基本料２への該当性１
・１つの保険医療機関からの１月あたりの処方箋受付回数の合計（表の⑤）：4,000 回を超える
該当　→調剤基本料２に該当
該当しない　→Ｄ－２へ

Ｄ－２　調剤基本料２への該当性２
・同一建物内に保険医療機関がない（表の「６」の(２)のアの「なし」に「☑）
→Ｄ－３へ
・同一建物内に保険医療機関がある（表の「６」の(２)のアの「あり」に「☑）
・当該保険医療機関からの１月当たりの処方箋受付回数(表の⑬/③)：4,000 回を超える
該当　→調剤基本料２に該当
該当しない　→Ｄ－３へ

Ｄ－３　調剤基本料２への該当性３
・主たる保険医療機関が同一であるグループ内の他の保険薬局がない（表の「６」の(３)のアの「なし」に「☑））
→Ｄ－４へ
・主たる保険医療機関が同一であるグループ内の他の保険薬局がある（表の「６」の(３)のアの「あり」に「☑））
・当該保険医療機関からの１月当たりの処方箋受付回数の合計(表の⑮/③)：4,000回を超える
該当　→調剤基本料２に該当
該当しない　→Ｄ－４へ

Ｄ－４　調剤基本料２への該当性４
・次の a,b のいずれかに該当　→調剤基本料２に該当
a) １月当たりの処方箋受付回数（表の④/③）及び処方箋集中率（表の⑥）がそれぞれ、
・4,000 回を超え、かつ、70%を超える
・2,000 回を超え、かつ、85%を超える
・1,800 回を超え、かつ、95%を超える

b) １月当たりの処方箋受付回数（表の④/③）が 4,000 回を超え、処方箋受付回数が多い上位３の保険医療機関に係る処方箋集中率の合計（表の⑪）が 70%を超える

・いずれにも該当しない　→Ｅ－１へ

Ｅ　調剤基本料３のハへの該当性

（１）　薬局グループに所属していない（表の「５」のアの「所属していない（個店）」に☑）
→調剤基本料１に該当

（２）　同一グループの保険薬局数（表の①）が、

・300 以上　→調剤基本料３のハに該当

・300 未満　→（３）へ

（３）　同一グループの１月当たりの処方箋受付回数（表の②）が、

・40 万回を超える　→調剤基本料３のハに該当

・40 万回以下　→調剤基本料１に該当

［記載上の注意］

１　「２」については、保険薬局の新規指定（遡及指定が認められる場合を除く。）の場合は、指定日の属する月の翌月から３ヶ月間の実績から、調剤基本料の区分が調剤基本料１から変更になる場合は届出が必要になることに注意する。

２　「２」については、「その他」に☑を記入した場合は、理由を記載する。

３　「２」については、令和６年度改定に伴い新たに区分変更の届出を行う場合には、「その他」に☑を記入し、「令和６年度改定に伴う届出」と記載する。

４　「３」については、注１ただし書に該当する保険薬局の場合においては、「あり」に☑を記入し、様式 87 の２を添付する。

５　「４」については、特掲診療料施設基準通知の別添１の「第 88 の４　特別調剤基本料Ａ」により判断する。

６　「５」については、グループ内で統一したグループ名を記載すること。また、１月当たりの処方箋受付回数の合計は、当年４月末時点でグループに属している保険薬局の④／③の値（小数点以下は四捨五入）を合計した値を記載すること。同一グループの保険薬局数は、当年４月末時点における同一グループ内の保険薬局の数（当該保険薬局を含む。）を記載すること。

７　「５」のオについては、特掲診療料施設基準通知の別添１の「第 88 の３　調剤基本料３」の２の（５）により判断する。

８　「６」については、リフィル処方箋による調剤を行う場合、調剤実施ごとに受付回数の計算に含める（ただし、９のアからウの本文に該当する場合を除く。）。

９　「６」については、処方箋の受付回数は次の処方箋を除いた受付回数を記載する。

ア　時間外加算、休日加算若しくは深夜加算又は夜間・休日等加算を算定した処方箋

イ　在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料又は在宅患者緊急時等共同指導料の基となる調剤に係る処方箋（ただし、在宅患者訪問薬剤管理指導料（在宅患者オンライン薬剤管理指導料を除く。）の処方箋については、単一建物診療患者が１人の場合の処方箋については受付回数の計算に含める。）

ウ　居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費の基となる調剤に係る処方箋（ただし、単一建物居住者が１人の場合の処方箋については受付回数の計算に含める。）

10　「６」の⑥については、同一グループの保険薬局の勤務者及びその家族の処方箋を除外した上で、⑤／④、同様に、同一グループの保険薬局の勤務者及びその家族の処方箋を除外した上で、「６」の~~⑧~~⑨については⑦／④、「６」の~~⑨~~⑩については⑧／④として計算する。

11　「６」の⑫について、主たる保険医療機関が同一建物内にある場合は、当該保険医療機関を含めた数を記載する。また、⑬については、⑤を含めて記載する。

様式 87 の３

地域支援体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

１　当該保険薬局における調剤基本料の区分（いずれかに〇）	調剤基本料の区分	
	（　）	調剤基本料１
	（　）	調剤基本料２
	（　）	調剤基本料３－イ
	（　）	調剤基本料３－ロ
	（　）	調剤基本料３－ハ
	（　）	特別調剤基本料Ａ
２　当該保険薬局における地域支援体制加算の区分等（いずれかに〇）	地域支援体制加算の区分	提出が必要な様式
	（　） 地域支援体制加算１	様式87の３（本様式）及び様式87の３の２
	（　） 地域支援体制加算２	
	（　） 地域支援体制加算３	
	（　） 地域支援体制加算４	

地域支援体制加算の施設基準（対応している内容に☑すること）

３　地域における医薬品等の供給拠点としての体制		
ア　備蓄品目数　（　年　月現在）		品目
イ　当該薬局の存する地域の保険医療機関又は保険薬局（同一グループの保険薬局を除く。）に対して在庫状況の共有、医薬品の融通の実施		□あり
ウ　医療材料及び衛生材料を供給できる体制		□あり
エ　麻薬小売業者免許の取得（免許証の番号を記載：　）		
オ　全処方箋の受付回数並びに主たる保険医療機関に係るものの回数及びその割合　期間：　年　月　～　年　月		
①処方箋の受付回数		回
②主たる医療機関の処方箋受付回数		回
③集中率（%）		%
カ　後発医薬品の調剤割合		%
キ　当該保険薬局で取り扱う医薬品に係る情報提供ができる体制		□あり
４　休日、夜間を含む開局時間外における調剤・相談応需体制		
ア　開局時間		
イ　休日、夜間を含む開局時間外の調剤・在宅業務に対応できる体制		□あり
他の保険薬局との連携	連携薬局名	
	連携する業務内容	
ウ　休日、夜間を含む開局時間外の当該薬局を利用する患者からの相談応需体制		□あり
あらかじめ患者に伝えてある電話に応答できない場合の体制（該当するものに☑）	□　薬剤師の携帯・自宅電話へ転送	
	□　留守録による応答後、速やかに折り返し	
	□　その他（　）	
エ　休日、夜間を含む時間外の調剤、在宅対応体制（地域の輪番体制含む）に係る自局及びグループによる周知		□周知している
オ　エの体制に係る地域での周知の方法（該当するものに☑）	□　地域の行政機関を通じて周知している。 □　地域の薬剤師会等を通じて周知している。	

5 在宅医療を行うための関係者との連携体制等の対応		
	ア　診療所又は病院及び訪問看護ステーションとの円滑な連携	□あり
	イ　保健医療・福祉サービス担当者との連携体制	□あり
	ウ　在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績 （保険薬局当たり 24 回以上／年） （実績回数の期間：　　年　　月～　　年　　月）	回
	（５のウの参考）	
	①　在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料及び在宅患者緊急時等共同指導料（医療保険）の算定実績	回
	②　居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費（介護保険）の算定実績	回
	③　①及び②について、在宅協力薬局として連携した場合の実績	回
	④　①及び②について、同等の業務を行った場合の実績	回
	エ　在宅患者に対する薬学的管理指導が可能な体制整備	□在宅患者訪問薬剤管理指導の届出 □在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な研修の実施 □薬学的管理指導計画書の様式の整備 □在宅患者訪問薬剤管理指導を行う薬局であることの掲示 □その他（　　）
6 医療安全に関する取組の実施		
	ア　医薬品医療機器情報配信サービス（ＰＭＤＡメディナビ）への登録（薬局が登録した登録番号を記載すること）	登録証明書番号 （　　）
	イ　常に最新の医薬品緊急安全性情報、安全性速報、医薬品・医療機器等安全情報等の医薬品情報の収集、自局の保険薬剤師への周知	□あり
	ウ　プレアボイド事例の把握・収集に関する取組の実施	□あり
	エ　副作用報告に係る手順書の作成と報告実施体制	□あり
7 かかりつけ薬剤師指導料等に係る届出		□あり
8 管理薬剤師		
	①氏名	
	②保険薬局勤務経験年数	年
	③週あたりの勤務時間	時間
	④当該薬局在籍年数	年
9 薬局における薬学的管理指導に必要な体制及び機能の整備		□薬学的管理指導等に係る職員研修の計画の作成と実施 □定期的な外部の学術研修の受講 □職員の薬学等に関する団体等による研修認定の取得の奨励 □職員の医学薬学等に関する学会への定期的な参加・発表の奨励 □その他（　　）
10 薬局における薬学的管理指導に必要な体制及び機能の整備状況		□あり
11 研修計画の作成、学会発表などの推奨		□あり
12 患者のプライバシーに配慮した服薬指導を実施する体制 （パーテーション等で区切られた独立したカウンターを有する等）		□あり
13 地域医療に関連する取組の実施		
	ア　要指導医薬品及び一般用医薬品の備蓄・販売（基本的な48薬効群）	□あり

	イ　健康相談、生活習慣等に係る相談の実施	□あり
	ウ　緊急避妊薬を備蓄し、相談・調剤対応する体制	□あり
	エ　当該保険薬局が敷地内禁煙であること	□あり
	オ　薬局等においてたばこ又は喫煙器具を販売していないこと	□販売していない

［記載上の注意］

１　令和６年５月 31 日時点で調剤基本料１の届出を行っている保険薬局であって、従前の要件を満たしているとして、地域支援体制加算の施設基準に係る届出を行っているものについては、令和６年８月 31 日までの間に限り、「３」のイ、カ、「４」のオ、「13」のア、ウ、オに規定する要件を満たしているものとする。

２　令和６年５月 31 日時点で調剤基本料１以外の届出を行っている保険薬局であって、従前の要件を満たしているとして、地域支援体制加算３の施設基準に係る届出を行っているものについては、令和６年８月 31 日までの間に限り、「３」のイ、カ、「４」のオ及び「13」のア、ウ、オに規定する要件を満たしているものとし、地域支援体制加算４の施設基準に係る届出を行っているものについては、令和６年８月 31 日までの間に限り、「３」のイ、カ、「４」のオ、「５」のウ、「７」及び「12」のア、ウ、オに規定する要件を満たしているものとする。

３　「１」については、当該保険薬局における調剤基本料の区分に該当するもの１つに〇をすること。

４　「２」については、当該保険薬局における届出に係る地域支援体制加算の区分に該当するもの１つに〇をすること。

５　「３」のオの期間については、調剤報酬点数表の区分番号００に掲げる調剤基本料における特定の保険医療機関に係る処方による調剤の割合の判定の取扱いに準じるものであること。

６　「３」のオの集中率については、同一グループの保険薬局の勤務者及びその家族の処方箋を除外した上で計算すること。

７　「３」のカについては、調剤報酬点数表の区分番号００に掲げる調剤基本料の注７に掲げる後発医薬品調剤体制加算における後発医薬品の規格単位数量の割合の判定の取扱いに準じるものであること。

８　「４」のアについては、自局の開局時間を記載すること。

９　「４」のイの他の保険薬局との連携については、地域薬剤師会等の当番・輪番に参加している場合は、その旨を記載すること。

10　「４」のオについては、地域の行政機関または地域の薬剤師会から公表されていることが確認できる資料を添付すること。

11　「５」のウの実績については、情報通信機器を用いた場合は除く。

12　「５」のウの「同等の業務」については、在宅患者訪問薬剤管理指導料で規定される患者１人当たりの同一月内の訪問回数を超えて行った訪問薬剤管理指導業務を含む。

13　「６」のエについては、当該手順書の写しを添付すること。

14　「６」のウの「プレアボイド事例の把握・収集に関する取組」について、薬局機能情報提供制度において、「プレアボイド事例の把握・収集に関する取組の有無」を「有」として都道府県に報告している場合に「あり」とすること。

15　「８」の②の「保険薬局勤務経験年数」については、当該保険薬剤師の保険薬局勤務年数を記載すること。③の「週あたりの勤務時間」については、当該保険薬剤師の１週間あたりの平均勤務時間を記載すること。④「在籍年数」については、当該保険薬局に勤務しはじめてから、届出時までの当該保険薬剤師の在籍期間を記載すること。

16　「11」については、当該保険薬局における職員等に対する研修実施計画及び実施実績等を示す文書を添付すること

17　「13」のエについては、保険薬局が建造物の一部分を用いて開設されている場合は、当該保険薬局の保有又は借用している部分が禁煙であること。

18　当該届出の変更を行う際は、変更に係る項目のみの届出で差し支えないこと。

様式 87 の３の２

地域支援体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

１　届出区分 （いずれかに〇）	（　）	地域支援体制加算１
	（　）	地域支援体制加算２
	（　）	地域支援体制加算３
	（　）	地域支援体制加算４

２　保険薬局における直近１年間の処方箋受付回数（①）	回

３　各基準の実績回数

以下の(1)から(10)までの 10 の基準のうち、下記の必要な基準を満たすこと。

地域支援体制加算１　　：(4)を含む３つ以上を満たすこと。

地域支援体制加算２・４：いずれか８つ以上を満たすこと。

地域支援体制加算３　　：(4)と(7)を含む３つ以上を満たすこと。

処方箋受付回数１万回当たりの基準 （１年間の各基準の算定回数）（満たす実績に〇） 期間：　年　月　～　年　月 ※下記（　）内は各加算の実績基準を示す		各基準に①を乗じて１万で除して得た回数※1	保険薬局における実績の合計
（　）	(1)時間外加算等及び夜間・休日等加算 （加算１または２：40 回、加算３または４：400 回）	回	回
（　）	(2)麻薬の調剤回数 （加算１または２：１回、加算３または４：10 回）	回	回
（　）	(3)重複投薬・相互作用等防止加算及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料 （加算１または２：20 回、加算３または４：40 回）	回	回
（　）	(4)かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料（加算１又は２：20 回、加算３又は４：40 回）	回	回
（　）	(5)外来服薬支援料１ （加算１又は２：１回、加算３又は４：12 回）	回	回
（　）	(6)服用薬剤調整支援料（加算の区分によらず１回）	回	回
（　）	(7)単一建物診療患者が１人の場合の在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、介護保険における居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費 （加算１又は２：24 回、加算３又は４：24 回）	回	回
（　）	(8)服薬情報等提供料等 （加算１又は２：30 回、加算３又は４：60 回）	回	回
（　）	(9)小児特定加算（加算の区分によらず１回）	回	回

※１　直近１年間の処方箋受付回数が１万回未満の場合は、①の代わりに処方箋受付回数１万回を使用して計算する。

保険薬局当たりの基準		保険薬局における実績の合計
（　）	(10)薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議の出席回数 （加算１又は２：１回、加算３又は４：５回）	回

［記載上の注意］

１　「２」の「保険薬局における直近１年間の処方箋受付回数」は、新規届出及び区分変更の場合は直近１年間の実績を記載する。施設基準に適合するとの届出をした後は、前年５月１日から当年４月末日までの実績で判断する。なお、同一グループの保険薬局の勤務者及びその家族の処方箋を除外した上で計算すること。

２　「３」の「各基準に①を乗じて１万で除して得た回数」欄の計算については、小数点第二位を四捨五入して小数点第一位まで求める。なお、直近１年間の処方箋受付回数が１万回未満の場合は、①の代わりに処方箋受付回数１万回を使用して計算する。

３　「３」の「保険薬局における実績の合計」欄には当該保険薬局が「３」に記載されている期間における、それぞれの実績の合計を記載すること。なお、同一グループの保険薬局の勤務者及びその家族に係る実績を除外した上で計算すること。

４　「３」の(1)から(9)の実績の範囲は以下のとおり。

(1)①時間外加算等：薬剤調製料の「注４」の時間外加算、休日加算及び深夜加算、②夜間・休日等加算：薬剤調製料の「注５」の夜間・休日等加算

(2)麻薬の調剤回数：薬剤調製料の「注３」の麻薬を調剤した場合に加算される点数

(3)①重複投薬・相互作用等防止加算（調剤管理料の「注３」）、②在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料

(4)①かかりつけ薬剤師指導料、②かかりつけ薬剤師包括管理料

(5)外来服薬支援料１（外来服薬支援料２は除く。）

(6)服用薬剤調整支援料：服用薬剤調整支援料１及び２

(7)以下における、単一建物診療患者に対する算定実績。なお、在宅協力薬局として連携した場合や同等の業務を行った場合を含む（同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く）。ただし、在宅患者オンライン薬剤管理指導料等のオンライン服薬指導等を行った場合を除く。

①在宅患者訪問薬剤管理指導料、②在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、③在宅患者緊急時等共同指導料、④介護保険における居宅療養管理指導費、⑤介護保険における介護予防居宅療養管理指導費

(8)服薬情報等提供料及びそれに相当する業務の算定実績。なお、「相当する業務」とは、以下の①から④をいう。ただし、特別調剤基本料Ａを算定している保険薬局において、区分番号００に掲げる調剤基本料の「注６」に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関へ情報提供を行った場合は除く。

①服薬管理指導料の「注６」の特定薬剤管理指導加算２、②調剤後薬剤管理指導料、③服用薬剤調整支援料２、④かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料を算定している患者に対し、①から③に相当する業務を実施した場合

(9)服薬管理指導料の「注９」、かかりつけ薬剤師指導料の「注７」、在宅患者訪問薬剤管理指導料の「注６」、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の「注５」、在宅患者緊急時等共同指導料の「注５」にかかる小児特定加算。

~~6~~５　「３」の(10)については、出席した会議の名称（具体的な名称がない場合は、その内容を簡潔に説明することで差し支えない。）及び参加日のリストを別に添付すること。なお、出席した会議が複数ある場合、最大でも 10 までの記載とすること。

~~7~~６　届出に当たっては、様式 87 の３を併せて提出すること。

様式 87 の３の４

連携強化加算（調剤基本料）の施設基準に係る届出書添付書類

連携強化加算の施設基準（□には、適合する場合「✓」を記入すること）

1　第二種協定指定医療機関の指定を受けている。		□
2　新型インフルエンザ等感染症等の発生時における体制の整備について		
	ア　感染症の発生時における医療の提供にあたっての研修・訓練の実施（外部の機関での研修・訓練に参加する場合を含む。）	□
	イ　個人防護具を備蓄している。	□
	ウ　要指導医薬品及び一般用医薬品の提供、感染症に係る体外診断用医薬品（検査キット）の提供、マスク等の感染症対応に必要な衛生材料等の提供ができる体制を新型インフルエンザ等感染症等の発生等がないときから整備している。	□
3　災害の発生時における体制の整備について		
	ア　災害の発生時における医療の提供にあたっての研修・訓練の実施（外部の機関での研修・訓練に参加する場合を含む。）	□
	イ　自治体からの要請に応じて、避難所・救護所等における医薬品の供給又は調剤所の設置に係る人員派遣等の協力等を行う体制がある。	□
	ウ　地方公共団体や地域の薬剤師会等と協議の上で、当該保険薬局のみ又は当該保険薬局を含む近隣の保険薬局と連携して、夜間、休日等の開局時間外であっても調剤及び在宅業務に対応できる体制がある。	□
4　災害の被災状況に応じた対応を習得する研修を薬局内で実施する、又は、地域の協議会・研修・訓練等に参加するよう計画を作成・実施している。		□
5　災害や新興感染症発生時等における薬局の体制や対応について、それぞれの状況に応じた手順書等を作成し、当該保険薬局の職員に対して共有している。		□
6　災害や新興感染症発生時等において対応可能な体制を確保していることについて、自局及びグループによる周知。		□
7　「6」に係る薬局に係る地域での周知の方法（該当する項目に☑する）	□　地域の行政機関を通じて周知している。 □　地域の薬剤師会等を通じて周知している。	
~~8　災害や新興感染症発生時における薬局の体制や対応について、それぞれの状況に応じた手順書等を作成している。~~		~~□~~
~~9~~ 8　オンライン服薬指導の実施要領に基づき、通信環境の確保及び研修の実施がされていること。		□
~~10~~ 9　医療情報システムの安全管理に関するガイドラインや薬局におけるサイバーセキュリティ対策チェックリストを活用するなどして、サイバー攻撃に対する対策を含めセキュリティ全般について適切な対応を行う体制を有していること。		□
1~~1~~0　要指導医薬品及び一般用医薬品並びに検査キット（~~対~~体外診断用医薬品）を販売している。		□
以下は、特別調剤基本料Ａを算定している保険薬局のみ記載すること。		
1~~2~~1　特別な関係を有している保険医療機関が外来感染対策向上加算又は感染対策向上加算の届出を行った保険医療機関でないこと。		□
1~~3~~2　特別な関係を有している保険医療機関名		

［記載上の注意］

１　令和６年３月 31 日において現に調剤基本料の連携強化加算の施設基準に係る届出を行っている保険薬局については、令和６年 12 月 31 日までの間に限り、「１」及び「２」を満たしているものとみなす。

２　「12」及び「13」は特別調剤基本料Ａを算定する保険薬局が届出を行う場合に記載すること。

３　「12」の外来感染対策向上加算とは、医科点数表の区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注 11 及びＡ００１に掲げる再診料の注 15 に規定する外来感染対策向上加算、感染対策向上加算とは、医科点数表の区分番号Ａ２３４－２及び歯科点数表の区分番号Ａ２２４－２に掲げる感染対策向上加算を指す。

（別添４）

訪問看護ステーションの基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて
（令和６年３月５日保医発 0305 第７号）

11　訪問看護ベースアップ評価料

（２）　訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）

エ　ウについて、算定を行う月、その際に用いる「対象職員の給与総額」及び「訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される金額の見込み」の対象となる期間、算出した【Ａ】に基づき届け出た区分に従って算定を開始する月は別表３のとおりとする。

「対象職員の給与総額」は、別表３の対象となる 12 か月の期間の１月あたりの平均の数値を用いること。

「訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される金額の見込み」及び「訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の算定回数の見込み」は、訪問看護管理療養費（月の初日の訪問の場合）の算定回数を用いて計算し、別表３の対象となる３か月の期間の１月あたりの平均の数値を用いること。

また、別表３のとおり、毎年３、６、９、12 月に上記の算定式により新たに算出を行い、区分に変更がある場合は算出を行った月内に地方厚生局（支）長に届出を行った上で、翌月（毎年４、７、10、１月）から変更後の区分に基づく金額を算定すること。なお、区分の変更に係る届出においては、「当該評価料による賃金の改善措置が実施されなかった場合の賃金総額」によって対象職員の賃金総額を算出すること。

ただし、前回届け出た時点と比較して、別表３の対象となる~~３~~12 か月の「対象職員の給与総額」~~、~~並びに別表７の対象となる３か月の「訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される金額の見込み」、「訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の算定回数の見込み」及び【Ａ】のいずれの変化も１割以内である場合においては、区分の変更を行わないものとすること。

新規届出時（区分変更により新たな区分を届け出る場合を除く。以下この項において同じ。）は、直近の別表３の「算出を行う月」における対象となる期間の数値を用いること。ただし、令和６年６月３日までに届出を行った場合は、令和６年６月に区分の変更を行わないものとすること。

参考

賃金引き上げ計画書作成のための計算シート
（訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）を算定しない訪問看護ステーション向け）

1　訪問看護ステーションコード（7桁）

訪問看護ステーション名

2　該当する届出

算出を行う月

☐ 新規
☐ 区分変更

◉ 3月　○ 6月　○ 9月　○ 12月

※　新規の場合、届出月以前で最も近い月をチェックすること。

3　対象職員の給与総額、訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される点数の見込み、【A】の値

（1）算出の際に用いる「対象職員の給与総額」等の期間

①算出の際に用いる「対象職員の給与総額」の対象となる期間

☑ 前年3月～2月　☐ 前年6月～5月　☐ 前年9月～8月　☐ 前年12月～11月

②算出の際に用いる訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）・医療保険の利用者割合の対象となる期間

☑ 前年12月～2月　☐ 3月～5月　☐ 6月～8月　☐ 9月～11月

（2）対象職員の給与総額

給与対象月	対象職員の給与総額
2023年3月	
2023年4月	
2023年5月	
2023年6月	
2023年7月	
2023年8月	

給与対象月	対象職員の給与総額
2023年9月	
2023年10月	
2023年11月	
2023年12月	
2024年1月	
2024年2月	

1月当たり給与総額　0　円　（前回届出時　　円）

※　給与対象月は3（1）①の期間を記載すること。
※　「対象職員の給与総額」については、賞与や法定福利費等の事業主負担分を含めた金額を計上すること。（ただし、役員報酬については除く。）また、本評価料による賃金引上げ分については、含めないこと。
※　新規届出時は前回届出時欄への記載は不要。

（3）訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）の算定回数・金額の見込み

①訪問看護管理療養費（月の初日の訪問の場合）の算定回数

算定月	訪問看護管理療養費（月の初日の訪問の場合）
2023年12月	
2024年1月	
2024年2月	

1月当たり算定回数　0.0　回　（前回届出時　　回）

※　算出対象となる期間（算定月）は6（1）②の期間を記載すること。各月に算定した訪問看護管理療養費（月の初日の訪問の場合）の算定回数を記載すること。
※　自費の訪問看護のみの利用者については、計上しないこと。公費負担医療や労災保険制度等、指定訪問看護の費用額算定表に従って訪問看護療養費が算定される利用者については、計上すること。
※　新規届出時は前回届出時欄への記載は不要。

②算定される金額の見込み

訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）の算定回数見込み

0.0　回　（前回届出時　0.0　回）

訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）の算定により算定される金額の見込み

0　円　（前回届出時　0　円）

（4）医療保険の利用者割合（対象期間の1月当たりの平均）

算定月	医療保険の実利用者数	介護保険の実利用者数
2023年12月		
2024年1月		
2024年2月		
1月当たりの利用者割合数	#DIV/0!	#DIV/0!

医療保険の利用者割合　0.0%　（前回届出時　　）

※　算出対象となる期間（算定月）は6（1）②の期間を記載すること。
※　同一月に医療保険と介護保険の両者から訪問看護を受けた利用者は、医療保険の利用者として集計すること。

（5）訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）により行われる給与の改善率

#DIV/0!　（前回届出時　#DIV/0!　）

【記載上の注意】

1　「3（2）」の「対象職員の給与総額」については、賞与や法定福利費等の事業主負担分を含めた金額を計上すること（ただし、役員報酬については除く。）。
また、本評価料による賃金引上げ分については、含めないこと。

別紙様式11

受理番号	（訪べⅡ　　）　　号
受付年月日　　年　　月　　日	決定年月日　　年　　月　　日

訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の施設基準に係る届出書添付書類　（新規・3、6、9、12月の区分変更）

1　訪問看護ステーションコード（7桁）

訪問看護ステーション名

2　届出を行う評価料

□ 訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）

3　該当する届出

算出を行う月（届出基準別表3を参照）

□ 新規
□ 区分変更

○ 3月　○ 6月　○ 9月　○ 12月

※　新規の場合、届出月以前で最も近い月をチェックすること。

※　例えば令和6年6月より算定を開始する場合、令和6年3月に算出を行う。

4　対象職員（常勤換算）数

人

※　原則2.0人以上であるが、以下の項目に該当する場合はその限りではない。

対象職員（常勤換算）数が2.0人未満の場合、特定地域に所在する訪問看護ステーションに該当するか。　□

5　社会保険診療等に係る収入金額（※）の合計額が、総収入の80／100を超えること。　□

※　【記載上の注意】4を参照

6　対象職員の給与総額、訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される点数の見込み、訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の区分の上限を算出する値（【A】）

（1）算出の際に用いる「対象職員の給与総額」等の期間

①算出の際に用いる「対象職員の給与総額」の対象となる期間（上記「3」の入力に連動）

□ 前年3月～2月　□ 前年6月～5月　□ 前年9月～8月　□ 前年12月～11月

②算出の際に用いる訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）・医療保険の利用者割合の対象となる期間

【算出の際に用いる「訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）の対象期間】（上記「3」の入力に連動）

□ 前年12月～2月　□ 3月～5月　□ 6月～8月　□ 9月～11月

（2）対象職員の給与総額

給与対象月	対象職員の給与総額
2023年3月	
2023年4月	
2023年5月	
2023年6月	
2023年7月	
2023年8月	

給与対象月	対象職員の給与総額
2023年9月	
2023年10月	
2023年11月	
2023年12月	
2024年1月	
2024年2月	

1月当たり給与総額　0　円　（前回届出時　　円）

※　給与対象月は6（1）①の期間を記載すること。
※　「対象職員の給与総額」については、賞与や法定福利費等の事業主負担分を含めた金額を計上すること。（ただし、役員報酬については除く。）また、本評価料による賃金引上げ分については、含めないこと。
※　新規届出時は前回届出時欄への記載は不要。

（3）訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）の算定回数・金額の見込み

①訪問看護管理療養費（月の初日の訪問の場合）の算定回数（実績）

算定月	訪問看護管理療養費（月の初日の訪問の場合）
2023年12月	
2024年1月	
2024年2月	

1月当たり算定回数　0.0　回　（前回届出時　　回）

※　算出対象となる期間（算定月）は6（1）②の期間を記載すること。各月に算定した訪問看護管理療養費（月の初日の訪問の場合）の算定回数を記載すること。
※　自費の訪問看護のみの利用者については、計上しないこと。公費負担医療や労災保険制度等、指定訪問看護の費用額算定表に従って訪問看護療養費が算定される利用者については、計上すること。
※　新規届出時は前回届出時欄への記載は不要。

②算定される金額の見込み

訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）の算定回数見込み

0.0　回　（前回届出時　0.0　回）

訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）の算定により算定される金額の見込み

0　円　（前回届出時　0　円）

（4）医療保険の利用者割合（対象期間の1月当たりの平均）

算定月	医療保険の実利用者数	介護保険の実利用者数
2023年12月		
2024年1月		
2024年2月		
1月当たりの利用者~~割合~~数	#DIV/0!	#DIV/0!

医療保険の利用者割合　0.0%　（前回届出時　　）

※　算出対象となる期間（算定月）は6（1）②の期間を記載すること。
※　同一月に医療保険と介護保険の両者から訪問看護を受けた利用者は、医療保険の利用者として集計すること。

（5）訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）により行われる給与の改善率

#DIV/0!　（前回届出時 #DIV/0! ）

（6）【A】の値

（前回届出時 ）

$$【A】= \frac{\text{対象職員の給与総額} \times \text{医療保険の利用者割合} \times 1\text{分2厘} - \text{訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）}}{\text{訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の算定回数見込み}}$$

7　前回届け出た時点との比較

前回届出時と比較して、

□ 対象職員の給与総額（6（2））の変化は1割以内である。

□ 訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される金額の見込み（6（3））の変化は1割以内である。

□ 訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の算定回数の見込み（6（3））の変化は1割以内である。

□ 【A】の値（6（5））の変化は1割以内である。

※　上記全てに該当する場合、区分変更は不要。

8　6により算出した【A】に基づき、該当する区分

（1）　算定が可能となる区分

（2）　届出する区分（いずれかを選択）

○	届出なし
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）1
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）2
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）3
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）4
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）5
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）6
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）7
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）8
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）9
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）10
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）11
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）12
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）13
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）14
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）15
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）16
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）17
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）18

【記載上の注意】

1　訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の届出を行う場合は、別添2「賃金改善計画書」を添付すること。

2　「4」については、届出時点における対象職員の人数を常勤換算で記載すること。
常勤の職員の常勤換算数は1とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該訪問看護ステーションにおいて定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が1を超える場合は、1）とする。

3　「4」の特定地域とは、「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域を指すこと。

4　「5」の「社会保険診療等に係る収入金額」については、社会保険診療報酬のほか、労災保険制度等の収入が含まれる。
詳細は、「訪問看護ステーションの基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて」（令和6年3月5日保医発0305第●号）の別添届出基準の11訪問看護ベースアップ評価料を参照すること。

5　「6（2）」の「対象職員の給与総額」については、賞与や法定福利費等の事業主負担分を含めた金額を計上すること（ただ
し、役員報酬については除く。）。
また、本評価料による賃金引上げ分については、含めないこと。

6　「7」のいずれにも該当する場合は、区分の変更を行わないものとする。

（別添５）

「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について
（令和６年３月 27 日保医発 0327 第５号）

別添１

「診療報酬請求書等の記載要領等について」（昭和 51 年８月７日保険発第 82 号）の
一部改正について

別紙１　診療報酬請求書等の記載要領

Ⅲ 歯科診療に係る診療報酬請求書及び診療報酬明細書の記載要領
第３ 診療報酬明細書の記載要領（様式第３）
２ 診療報酬明細書の記載要領に関する事項

(21)　「再診」欄について
ウ　乳幼児加算、乳幼児時間外加算、乳幼児休日加算、乳幼児深夜加算、~~歯科診療特別対応加算、~~歯科外来診療医療安全対策加算１、歯科外来診療医療安全対策加算２、歯科外来診療感染対策加算１、歯科外来診療感染対策加算２、歯科外来診療感染対策加算３又は歯科外来診療感染対策加算４は、「乳」、「乳・時間外」、「乳・休日」、「乳・深夜」、「外安全」又は「外感染」の項に当該加算点数及び回数を記載する。

(22)　「管理・リハ」欄について
ケ　エナメル質初期う蝕管理料は、「エ管」の項に点数（加算を含む。）を記載する。
シ　以下の(ア)から(~~ナ~~ネ)までについて又は「その他」欄に書ききれない等の場合は、全体の「その他」欄に記載する。

(25)　「Ｘ線・検査」欄について
キ　１回目の口腔細菌定量検査１は「菌検」の項の左欄に点数を記載し、２回以上行った場合は右欄に点数及び回数を記載する。

Ⅳ 調剤報酬請求書及び調剤報酬明細書に関する事項
第２ 調剤報酬明細書の記載要領（様式第５）
２ 調剤報酬明細書に関する事項

(30) その他
ウ　厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第１条第５号、第７号又

は第８号に規定する医療機器を使用又は支給した場合は、Ⅱの第３の２の(26)のケの例により「摘要」欄に「器評」と記載し、当該医療機器名を他の特定保険医療材料と区別して記載すること。~~また、~~厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第１条第５号に規定する体外診断用医薬品を使用又は支給した場合は、Ⅱの第３の２の(26)のケの例により「摘要」欄に「体評」と記載し、当該体外診断用医薬品名を他の調剤報酬請求項目と区別して記載すること。厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第２条第12号に規定する医療機器を使用又は支給した場合は、Ⅱの第３の２の(26)のケの例により「摘要」欄に「器選」と記載し、当該医療機器名を他の特定保険医療材料と区別して記載すること。

別添２

「厚生労働大臣が定める病院の診療報酬請求書等の記載要領について」
（平成 18 年３月 30 日保医発第 0330007 号）

別表Ⅰ　診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（医科）

項番	区分	診療行為名称等	記　載　事　項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセのみ記載	令和６年６月１日適用
18	Ａ　205 の１	救急医療管理加算１	以下の内容について、記載すること。 ア　「基本診療料の施設基準等」の別表七の三（以下この項において「別表」という。）別表の一から十二までのうち該当する状態 イ　別表の二、三、四、六、七又は八の状態に該当する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標（P/F 比は、酸素投与前の値とする。ただし、酸素投与前の測定が困難である場合は、酸素投与後の値である旨及び酸素投与後の値並びに FiO2 を記載すること。また、酸素投与前の測定が困難であって、かつ、別表の三に掲げる状態であって P/F 比 400 以上の場合は、呼吸不全と判断する根拠となった理学的所見について記載すること。） ウ　当該重症な状態に対して、入院後３日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なもの エ　重症患者の状態のうち、別表の二に掲げる状態であってＪＣＳ（Japan Coma Scale）０の状態、別表の三に掲げる状態であって P/F 比 400 以上の状態、別表の四に掲げる状態であって NYHA Ⅰ度の状態、又は別表の八に掲げる状態（顔面熱傷若しくは気道熱傷を除く。）であって	842100116	呼吸不全で重篤な状態（救急医療管理加算１）であって、酸素投与後の場合におけるＦｉＯ２の値（％）		※

			Burn Index０の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠				

19	A　205の2	救急医療管理加算２	以下の内容について、記載すること。 ア　別表の一から十二までに準ずる状態又は十三の状態として該当するもの イ　別表の二、三、四、六、七又は八に準ずる状態に該当する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標（P/F 比は、酸素投与前の値とする。ただし、酸素投与前の測定が困難である場合は、酸素投与後の値である旨及び酸素投与後の値並びに FiO2 を記載すること。また、酸素投与前の測定が困難であって、かつ、別表の三に掲げる状態に準ずる状態であって P/F 比 400 以上の場合は、呼吸不全と判断する根拠となった理学的所見について記載すること。） ウ　当該重症な状態に対して、入院後３日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なもの エ　重症患者の状態のうち、別表の二に掲げる状態に準ずる状態であってＪＣＳ（Japan Coma Scale）０の状態、別表の三に掲げる状態に準ずる状態であって P/F 比 400 以上の状態、別表の四に掲げる状態に準ずる状態であって NYHA Ⅰ度の状態、又は別表の八に掲げる状態に準ずる状態（顔面熱傷若しくは気道熱傷を除く。）であって Burn Index０の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠	842100117	呼吸不全で重篤な状態（救急医療管理加算２）であって、酸素投与後の場合におけるＦｉＯ２の値（％）		※
22	A220-2	特定感染症患者療養環境特別加算の個室加算	個室管理を必要とする原因となった感染症について、記載すること。	820101087	ア　狂犬病（個室加算（特定感染症入院医療管理加算））		※
				820101088	イ　鳥インフルエンザ（特定鳥インフルエンザを除く。）（個室加		※

					算（特定感染症~~入院医療管理~~患者療養環境特別加算））		
				820101089	ウ　エムポックス（個室加算（特定感染症入院医療管理加算））		※
				820101090	エ　重症熱性血小板減少症候群（病原体がフレボウイルス属ＳＦＴＳウイルスであるものに限る。）（個室加算（特定感染症~~入院医療管理~~患者療養環境特別加算））		※
				820101091	オ　腎症候性出血熱（個室加算（特定感染症~~入院医療管理~~患者療養環境特別加算））		※
				820101092	カ　ニパウイルス感染症（個室加算（特定感染症~~入院医療管理~~患者療養環境特別加算））		※
				820101093	キ　ハンタウイルス肺症候群（個室加算（特定感染症~~入院医療管理~~患者療養環境特別加算））		※
				820101094	ク　ヘンドラウイルス感染症（特定感染症~~入院医~~		※

					~~療管理~~患者療養環境特別加算））		
				820101095	ケ　インフルエンザ（鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く。）（個室加算（特定感染症~~入院医療管理~~患者療養環境特別加算））		※
				820101096	コ　麻しん（個室加算（特定感染症~~入院医療管理~~患者療養環境特別加算））		※
				820101097	サ　メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症（個室加算（特定感染症~~入院医療管理~~患者療養環境特別加算））		※
				820101098	シ　ＲＳウイルス感染症（個室加算（特定感染症~~入院医療管理~~患者療養環境特別加算））		※
				820101099	ス　カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症（個室加算（特定感染症~~入院医療管理~~患者療養環境特別加算））		※
				820101100	セ　感染性胃腸炎（病原体がノロウイルスである		※

					ものに限る。)(個室加算(特定感染症~~入院医療管理~~患者療養環境特別加算))		
				820101101	ソ　急性弛緩性麻痺(急性灰白髄炎を除く。病原体がエンテロウイルスによるものに限る。)(個室加算(特定感染症~~入院医療管理~~患者療養環境特別加算))		※
				820101102	タ　新型コロナウイルス感染症(個室加算(特定感染症~~入院医療管理~~患者療養環境特別加算))		※
				820101103	チ　侵襲性髄膜炎菌感染症(個室加算(特定感染症~~入院医療管理~~患者療養環境特別加算))		※
				820101104	ツ　水痘(個室加算(特定感染症~~入院医療管理~~患者療養環境特別加算))		※
				820101105	テ　先天性風しん症候群(個室加算(特定感染症~~入院医療管理~~患者療養環境特別加算))		※
				820101106	ト　バンコマイシン耐性黄色ブ		※

					ドウ球菌感染症（個室加算（特定感染症~~入院医療管理~~患者療養環境特別加算））		
				820101107	ナ　バンコマイシン耐性腸球菌感染症（個室加算（特定感染症~~入院医療管理~~患者療養環境特別加算））		※
				820101108	ニ　百日咳（個室加算（特定感染症~~入院医療管理~~患者療養環境特別加算））		※
				820101109	ヌ　風しん（個室加算（特定感染症~~入院医療管理~~患者療養環境特別加算））		※
				820101110	ネ　ペニシリン耐性肺炎球菌感染症（個室加算（特定感染症~~入院医療管理~~患者療養環境特別加算））		※
				820101111	ノ　無菌性髄膜炎（病原体がパルボウイルスＢ１９によるものに限る。）（個室加算（特定感染症~~入院医療管理~~患者療養環境特別加算））		※
				820101112	ハ　薬剤耐性アシネトバクター		※

					感染症（個室加算（特定感染症~~入院医療管理~~患者療養環境特別加算））		
				820101113	ヒ　薬剤耐性緑膿菌感染症（個室加算（特定感染症~~入院医療管理~~患者療養環境特別加算））		※
				820101114	フ　流行性耳下腺炎（個室加算（特定感染症~~入院医療管理~~患者療養環境特別加算））		※
				820101115	ヘ　感染症法第６条第３項に規定する二類感染症（急性灰白髄炎）（個室加算（特定感染症~~入院医療管理~~患者療養環境特別加算））		※
				820101116	ヘ　感染症法第６条第３項に規定する二類感染症（結核）（個室加算（特定感染症~~入院医療管理~~患者療養環境特別加算））		※
				820101117	ヘ　感染症法第６条第３項に規定する二類感染症（ジフテリア）（個室加算（特定感染症~~入院医療管理~~患者療養環		※

					境特別加算））		
				820101118	へ　感染症法第６条第３項に規定する二類感染症（重症急性呼吸器症候群（病原体がベータコロナウイルス属ＳＡＲＳコロナウイルスであるものに限る。））（個室加算（特定感染症~~入院医療管理~~患者療養環境特別加算））		※
				820101119	へ　感染症法第６条第３項に規定する二類感染症（中東呼吸器症候群（病原体がベータコロナウイルス属ＭＥＲＳコロナウイルスであるものに限る。））（個室加算（特定感染症~~入院医療管理~~患者療養環境特別加算））		※
				820101120	へ　感染症法第６条第３項に規定する二類感染症（特定鳥インフルエンザ）（個室加算（特定感染症~~入院医療管理~~患者療養環境特別加算））		※
				820101121	ホ　感染症法第６条第７項に規		※

					定する新型インフルエンザ等感染症（個室加算（特定感染症~~入院医療管理~~患者療養環境特別加算））		
				820101122	マ　感染症法第６条第８項に規定する指定感染症（個室加算（特定感染症~~入院医療管理~~患者療養環境特別加算））		※
23	A220-2	特定感染症患者療養環境特別加算の陰圧室加算	陰圧室管理を必要とする原因となった感染症について、記載すること。	820101123	ア　鳥インフルエンザ（特定鳥インフルエンザを除く。）（陰圧室加算（特定感染症~~入院医療管理~~患者療養環境特別加算））		※
				820101124	イ　麻しん（陰圧室加算（特定感染症~~入院医療管理~~患者療養環境特別加算））		※
				820101125	ウ　新型コロナウイルス感染症（陰圧室加算（特定感染症~~入院医療管理~~患者療養環境特別加算））		※
				820101126	エ　水痘（陰圧室加算（特定感染症~~入院医療管理~~患者療養環境特別加算））		※
				820101127	オ　感染症法第６条第３項に規		※

					定する二類感染症（急性灰白髄炎）（陰圧室加算（特定感染症~~入院医療管理~~患者療養環境特別加算））		
				820101128	オ　感染症法第６条第３項に規定する二類感染症（結核）（陰圧室加算（特定感染症~~入院医療管理~~患者療養環境特別加算））		※
				820101129	オ　感染症法第６条第３項に規定する二類感染症（ジフテリア）（陰圧室加算（特定感染症~~入院医療管理~~患者療養環境特別加算））		※
				820101130	オ　感染症法第６条第３項に規定する二類感染症（重症急性呼吸器症候群（病原体がベータコロナウイルス属ＳＡＲＳコロナウイルスであるものに限る。））（陰圧室加算（特定感染症~~入院医療管理~~患者療養環境特別加算））		※
				820101131	オ　感染症法第６条第３項に規定する二類感染		※

					症（中東呼吸器症候群（病原体がベータコロナウイルス属ＭＥＲＳコロナウイルスであるものに限る。））（陰圧室加算（特定感染症~~入院医療管理~~患者療養環境特別加算））		
				820101132	オ　感染症法第６条第３項に規定する二類感染症（特定鳥インフルエンザ）（陰圧室加算（特定感染症~~入院医療管理~~患者療養環境特別加算））		※
				820101133	カ　感染症法同法第６同条第７項に規定する新型インフルエンザ等感染症（陰圧室加算（特定感染症~~入院医療管理~~患者療養環境特別加算））		※
				820101134	キ　感染症法同法第６同条第８項に規定する指定感染症（陰圧室加算（特定感染症~~入院医療管理~~患者療養環境特別加算））		※
~~196~~	~~C~~	~~在宅療養指導管理料~~	~~（退院日に在宅療養指導管理料を算定した保険医療機関以外の保険医療機関において在宅療養指導管理料を~~	~~830100818~~	~~退院日に在宅療養指導管理料を算定した保険医~~		~~※~~

			~~算定する場合）~~ ~~算定理由を記載すること。~~		~~療機関以外で算定する理由（在宅療養指導管理料）；******~~		
379	H001	脳血管疾患等リハビリテーション料	（標準的算定日数を超えて月 13 単位を超えて疾患別リハビリテーションを行う患者のうち、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合（特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に掲げる患者であって、別表第九の九第一号に掲げる場合）） 心大血管疾患リハビリテーション料（項番 3~~6~~475）と同様。	830100212	継続理由（脳血管疾患等リハビリテーション料）；******		
382	H001-2	廃用症候群リハビリテーション料	（標準的算定日数を超えて月 13 単位を超えて疾患別リハビリテーションを行う患者のうち、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合（特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に掲げる患者であって、別表第九の九第一号に掲げる場合）） 心大血管疾患リハビリテーション料（項番 3~~6~~475）と同様。	830100215	継続理由（廃用症候群リハビリテーション料）；******		
385	H002	運動器リハビリテーション料	（標準的算定日数を超えて月 13 単位を超えて疾患別リハビリテーションを行う患者のうち、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合（特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に掲げる患者であって、別表第九の九第一号に掲げる場合）） 心大血管疾患リハビリテーション料（項番 3~~6~~475）と同様。	830100218	継続理由（運動器リハビリテーション料）；******		
388	H003	呼吸器リハビリテーション料	（標準的算定日数を超えて月 13 単位を超えて疾患別リハビリテーションを行う患者のうち、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合（特掲診療料の施設基準等別表第九の八第	830100221	継続理由（呼吸器リハビリテーション料）；******		

			一号に掲げる患者であって、別表第九の九第一号に掲げる場合）） 心大血管疾患リハビリテーション料（項番 3~~64~~75）と同様。				
401	I002	通院・在宅精神療法	診療に要した時間に応じて、選択して記載すること。 ただし、30 分又は 60 分を超える診療を行った場合であって、当該診療に要した時間が明確でない場合には、当該診療に要した時間が 30 分又は 60 分を超えたことが明らかであると判断される精神療法を行った場合に限り、「30 分超」又は「60 分超」と記載しても差し支えない。	820101309	５分を超え 10 分未満（通院・在宅精神療法）		※
				820101310	10 分以上 20 分未満（通院・在宅精神療法）		※
				820101311	20 分以上 30 分未満（通院・在宅精神療法）		※
				820101312	30 分以上 40 分未満（通院・在宅精神療法）		※
				820101313	40 分以上 50 分未満（通院・在宅精神療法）		※
				820101314	50 分以上 60 分未満（通院・在宅精神療法）		※
				820101315	30 分超（通院・在宅精神療法）		※
				820101316	60 分超（通院・在宅精神療法）		※
437	J 003-4	多血小板血漿処置	（創傷処置、下肢創傷処置又は熱傷処置を併せて算定した場合） 併算定した処置と~~局所陰圧閉鎖処置~~多血小板血漿処置のそれぞれの対象部位を記載すること。	830100860	併算定した処置の部位（多血小板血漿処置）；******		※
				830100861	対象部位（多血小板血漿処置）；******		※
503	K695	肝切除術	複数回の切除を要した根拠となる画像所見及び医学的な理由を記載すること。	~~830100315~~ 830100921	複数回の切除を要した根拠となる画像所見及び医学的な理由（~~腹腔鏡下~~肝切除術）		

					；******		
551	N002	免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製	（セルブロック法による病理組織標本に対する免疫染色を実施した場合） 対象疾患名について、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添１第２章第13部 N002 免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製（10）に規定するもののうち、該当するものを選択して記載すること。	820101305	対象患者(セルブロック法による免疫染色病理組織標本作製)：乳癌を疑う患者		※

別表Ⅰ　診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（歯科）

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセのみ記載	令和６年６月１日適用
17	Ｂ000-8	周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)	（長期管理加算を算定する場合） Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の算定年月日を記載すること。	850190244	周術期等口腔機能管理計画策定料算定年月(周術期等口腔機能管理料（３）　長期管理加算）；(元号) yy″年″mm″月″dd″日″		※
18	Ｂ000-9	周術期等口腔機能管理料(Ⅳ)	（放射線治療等を実施する患者に対して算定する場合） Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の算定年月日を記載すること。	850190245	周術期等口腔機能管理計画策定料算定年月日(周術期等口腔機能管理料(４)　)；(元号) yy″年″mm″月″dd″日″		
			（長期管理加算を算定する場合） Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の算定年月日を記載すること。	850190246	周術期等口腔機能管理計画策定料算定年月日(周術期等口腔機能管理料（４）　長期管理加算);(元号) yy″年″mm″月		

					″dd″日″		
96	I 011-2-3	歯周病重症化予防治療	前回の歯周病安定期治療又は歯周病重症化予防治療の実施年月（初回である場合は初診月を除き初回である旨）及びＳＰＴからＰ重防に移行した年月を記載すること。	850100339	ＳＰＴ又はＰ重防前回実施年月；（元号）yy″年″mm″月″		
				820190339	初回（Ｐ重防）		
				850190273	ＳＰＴからＰ重防に移行した年月；（元号）yy″年″mm″月″		※
153	M015-2	ＣＡＤ／ＣＡＭ冠	（第一大臼歯又は第二大臼歯にCAD/CAM冠用材料（Ⅲ）を使用する場合） 当該CAD/CAM冠を装着する部位の対側の大臼歯による咬合支持の有無及び同側の大臼歯による咬合支持の有無について記載すること。なお、当該CAD/CAM冠を装着する部位の同側に大臼歯による咬合支持がない場合は、当該補綴部位の対合歯が欠損である旨及び当該補綴部位の近心側隣在歯までの咬合支持の有無について記載すること。	~~830100899~~ 820101308	ＣＡＤ／ＣＡＭ冠を装着する部位の対合歯が欠損（ＣＡＤ／ＣＡＭ冠）；******		※
154	M015-3	ＣＡＤ／ＣＡＭインレー	（第一大臼歯又は第二大臼歯に用いる場合） 当該CAD/CAMインレーを装着する部位の対側の大臼歯による咬合支持の有無及び同側の大臼歯による咬合支持の有無について記載すること。なお、当該CAD/CAMインレーを装着する部位の同側に大臼歯による咬合支持がない場合は、当該補綴部位の対合歯が欠損である旨及び当該補綴部位の近心側隣在歯までの咬合支持の有無について記載すること。	~~830100904~~ 820101307	ＣＡＤ／ＣＡＭインレーを装着する部位の対合歯が欠損（ＣＡＤ／ＣＡＭインレー）；******		※
167	Ｎ000	歯科矯正診断料	全体の「その他」欄に歯科矯正、動的処置、マルチブラケット法、保定の開始及び顎切除等の手術実施の区	~~820101241~~ 820101306	顎切除等の手術実施		※

			別を記載し、それぞれ最初の診断に係る記載とは別に前回歯科矯正診断料の算定年月日を記載すること。				

別表Ⅰ　調剤報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（調剤）

項番	区分	調剤行為名称等	記　載　事　項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセのみ記載	令和6年6月1日適用
39	—	プログラム医療機器の選定療養に関する取扱い	「器選」と記載し、当該プログラム医療機器名を他の特定保険医療材料と区別して記載すること。	820101253	（器選）		※
				820101254	保険適用期間を超えたプログラム医療機器		※

別表Ⅰ　訪問看護療養費明細書の「情報」欄への記載事項等一覧　（訪問看護）

項番	区分	訪問看護療養費名称等	記　載　事　項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
5	０１注９ ０１－２注６	緊急訪問看護加算 精神科緊急訪問看護加算	複数の訪問看護ステーションから現に指定訪問看護を受けている利用者に対し、当該複数の訪問看護ステーションのいずれかが計画に基づく指定訪問看護を行った日に、当該複数の訪問看護ステーションのうちその他の訪問看護ステーションが緊急の指定訪問看護を行い、緊急訪問看護加算又は精神科緊急訪問看護加算のみを算定した場合は、「特記事項」に「７　同一緊急」と記載する~~こと~~とともに「当該加算のみを算定した日の直前に訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費を算定した年月日」を記載すること。	特記事項レコード「特記事項コード（07）」	７　同一緊急
				利用者情報レコード「他の訪問看護ステーション・１・所在地」「他の訪問看護ステーション・２・所在地」	所在地；******
				利用者情報レコード「他の訪問看護ステーション・１・名称」「他の訪問看護ステーション・２・名称」	名称；******
				850500014	直前に基本療養費を算定した年月日（所在地及び名称は他の訪問看護ステーション１に記載）

					；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″
				850500015	直前に基本療養費を算定した年月日（所在地及び名称は他の訪問看護ステーション２に記載）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″

（別添６）

歯科の診療録及び診療報酬明細書に使用できる略称について
（令和６年３月 27 日保医発 0327 第７号）

３　第２章　特掲診療料　第１部　医学管理等について

項　　目	略　　称
歯科疾患管理料	歯管
（中略）	（中略）
小児口腔機能管理料	小機能
小児口腔機能管理料（情報通信機器を用いた場合）	情小機能
小児口腔機能管理料の注３に規定する口腔~~機能~~管理体制強化加算	口管強
（以下略）	（以下略）

（別添７）

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について

（令和６年３月 27 日保医発 0327 第８号）

別紙１

区　分		１．入院中の患者以外の患者（次の施設に入居又は入所する者を含み、３の患者を除く。）			２．入院中の患者		３．入所中の患者		
		自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等（短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。）※１	認知症対応型グループホーム（認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護）	特定施設（指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。）	保険医療機関（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く。）	短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設又は介護医療院の療養室を除く。）を受けている患者	ア．介護老人保健施設 イ．短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室に限る。）を受けている患者		ア．地域密着型介護老人福祉施設又は介護老人福祉施設 イ．短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けている患者
		うち、小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けている患者（宿泊サービスに限る。）		うち、外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護又は外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受ける者が入居する施設			併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関	
その他	００００　看護職員処遇改善評価料	－			○	×	×	×	－
	０１００　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）	○ ※18			－	－×	○ ※18	○ ※18	○ ※18
	０１０１　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）	○ ※18			－	－×	○ ※18	○ ※18	○ ※18
	０１０２　入院ベースアップ評価料	－			○	×	×	×	－

別紙２

区　分		ア．介護医療院に入所中の患者 イ．短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護医療院の療養床に限る。）を受けている患者			
		介護医療院サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定しない日の場合		介護医療院サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定した日の場合	
		併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関	併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関
初・再診料		×	○	○	
	看護師等遠隔診療補助加算	×			
入院料等		×		○ （Ａ４００の１　短期滞在手術等基本料１に限る。）	
医学管理等	通則の３　外来感染対策向上加算	○			
	通則第３号ただし書　発熱患者等対応加算	○			
	通則の４　連携強化加算	○			
	（略）	○			
	上記以外	×			

（別添８）

入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養の基準等に係る届出に関する
手続きの取扱いについて
（令和６年３月５日保医発 0305 第 13 号）

第３　届出受理後の措置等

１　届出を受理した後において、届出内容と異なった事情が生じ、当該施設基準を満たさなくなった場合には、保険医療機関の開設者は遅滞なく変更の届出等を行う。

（別添９）

「健康保険法及び高齢者の医療の確保に関する法律に規定する患者申出療養の申出等の手続の細則について」の一部改正について（通知）
（令和６年３月 27 日保医発 0327 第 14 号）

別添「○　健康保険法及び高齢者の医療の確保に関する法律に規定する患者申出療養の申出等の手続の細則について（平成 28 年３月４日医政研発 0304 第２号・薬生審査発 0304 第１号・薬生機発 0304 第１号・保医発 0304 第 18 号）　新旧対照表」【「改正後」欄中】（抄）

２．患者申出療養として告示されている医療技術に係る手続（局長通知第６）

２－１　実施医療機関の追加に係る手続（局長通知第６の３）

（１）申出に係る手続き

患者申出療養として告示されている医療技術について、実施医療機関の追加の申出を行おうとする患者は、当該申出に係る申出書を別紙１様式(ア)により作成し（正本１通及び副本１通（添付書類を含む。以下同じ。））、以下に掲げる書類を添えて、当該申出に係る医療機関を経由して、告示された患者申出療養の意見書を作成した臨床研究中核病院に提出すること。

（略）

（２）　（略）

２－２　告示されている患者申出療養実施計画対象外の患者に係る手続（局長通知第６の４）

（１）申出に係る手続き

申出を行おうとする患者は、医薬品等告示 11（１）に規定する患者申出療養に係る申出書に準ずるものとして、別紙１様式(ア)により作成（正本１通及び副本~~７~~１通（添付書類を含む。以下同じ。））した書類を、以下に掲げる書類を添えて、告示された患者申出療養の意見書を作成した臨床研究中核病院を経由し、保険局医療課に提出すること。（略）

（２）意見書の取扱い

意見書は、別紙１の様式（イ）に定める様式により作成した書類に、以下に掲げる書類を添付したものとすること。なお、添付する書類についても、意見書を作成する臨床研究中核病院の開設者により作成されたものとすること。（略）

①　患者申出療養実施計画

患者申出療養実施計画は、以下の書類を含むものとして作成すること。

ア～ク　（略）

ケ　文献情報として記載した全ての原文

②　当該医療技術の実施の適否を審議した概要

（別添 10）

「「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について」の一部改正について

（令和６年３月 27 日保医発 0327 第 10 号）

別添

第３　保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める基準等（掲示事項等告示第２、第２の２及び第３並びに医薬品等告示関係）

27　主として患者が操作等を行うプログラム医療機器であって、保険適用期間の終了後において患者の希望に基づき使用することが適当と認められるものの使用に関する事項

（１）　（略）

（２）　当該プログラム医療機器の使用にあたり、当該プログラム医療機器の保険適用期間において、保険医療機関が満たすべき施設基準又は条件が設けられていた場合には、保険適用期間の終了後の使用に当たって、当該施設基準を満たす保険医療機関において、当該条件を遵守する必要があること。保険薬局にあっては、要件を満たす病院又は診療所の医師又は歯科医師から交付された処方箋に基づきプログラム医療機器を支給するものであること。

（３）　特別の料金については、その徴収の対象となる療養に要するものとして社会的にみて妥当適切な範囲の額と~~し、~~する。保険医療機関においては、当該プログラム医療機器の保険適用期間中における診療報酬点数表のプログラム医療機器等指導管理料及び特定保険医療材料料等の所定点数相当額を標準とすること。

（４）～（５）　（略）

（６）　処方箋を交付する場合であっても、（５）の情報の提供は医療機関において行うものとする。また、処方箋を交付する場合は、患者の希望する薬局において当該プログラム医療機器の支給が可能であるか事前に確認すること。この場合、処方箋を交付する場合も特別の料金を徴収することは認められるが、薬局においても特別の料金を徴収されることがある旨の説明を行うものとする。

（~~６~~７）　保険医療機関又は保険薬局が、プログラム医療機器の保険適用期間の終了後における使用に係る費用等を定めた場合又は変更しようとする場合は、別紙様式 21 により地方厚生（支）局長にその都度報告するものとすること。

（~~７~~８）　患者からプログラム医療機器の保険適用期間の終了後における使用に係る費用徴収を行った保険医療機関又は保険薬局は、患者に対し、保険外併用療養費の一部負担に係る徴収額と特別の料金に相当する自費負担に係る徴収額を明確に区分した当該費用徴収に係る領収書を交付するものとすること。

（~~８~~９）　本制度に基づき、プログラム医療機器の保険適用期間の終了後における使用の提供を行った保険医療機関は、毎年定期的にプログラム医療機器の保険適用期間の終了後における使用に係る費用を含めたプログラム医療機器の保険適用期間の終了後における使用の実施状況について地方厚生（支）局長に報告するものとすること。

28　間歇スキャン式持続血糖測定器の使用（算定告示に掲げる療養としての使用を除く。）に関する事項

（１）　（略）

（２）　本制度による間歇スキャン式持続血糖測定器の使用は、医科点数表区分番号Ｃ１５０に掲げる血糖自己測定器加算の注３の算定要件を満たさない患者に対して、Ｃ１５０に掲げる血糖自己測定器加算の注３に係る人員に関する要件（「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添１第２章第２部第２節第２款Ｃ１５０の(５)に規定する要件をいう。）を満たす保険医療機関において行われるもの又は要件を満たす保険医療機関の医師若しくは歯科医師から交付された処方箋に基づき間歇スキャン式持続血糖測定器を支給する保険薬局において行われるものに限られるものであること。

（３）～（５）　（略）

（６）　処方箋を交付する場合であっても、（５）の情報の提供は医療機関において行うものとする。また、処方箋を交付する場合は、患者の希望する薬局において当該間歇スキャン式持続血糖測定器の支給が可能であるか事前に確認すること。この場合、処方箋を交付する場合も特別の料金を徴収することは認められるが、薬局においても特別の料金を徴収されることがある旨の説明を行うものとする。

（~~６~~７）　保険医療機関又は保険薬局が、間歇スキャン式持続血糖測定器の使用に係る費用等を定めた場合又は変更しようとする場合は、別紙様式 22 により地方厚生（支）局長にその都度報告するものとすること。

（~~７~~８）　患者から間歇スキャン式持続血糖測定器の使用に係る費用徴収を行った保険医療機関又は保険薬局は、患者に対し、保険外併用療養費の一部負担に係る徴収額と特別の料金に相当する自費負担に係る徴収額を明確に区分した当該費用徴収に係る領収書を交付するものとすること。

（~~８~~９）　本制度に基づき、間歇スキャン式持続血糖測定器の使用の提供を行った保険医療機関は、毎年定期的に間歇スキャン式持続血糖測定器の使用に係る費用を含めた間歇スキャン式持続血糖測定器の使用の実施状況について地方厚生（支）局長に報告するものとすること。

別紙様式 21

（別紙様式 21）

主として患者が操作等を行うプログラム医療機器であって、保険適用期間の終了後において患者の希望に基づき使用することが適当と認められるものの使用の実施（変更）報告書

上記について報告します。
令和　　年　　月　　日

保険医療機関・
保険薬局の
所在地及び名称
開設者名

地方厚生（支）局長　殿

（実施日・変更日　令和　　年　　月　　日）

一般的名称及び製品コード	医療機器の 販売名	患者からの徴収額
		円
		円
		円
		円
		円
		円
		円
		円
		円
		円

別紙様式 22

（別紙様式 22）

間歇スキャン式持続血糖測定器の使用（診療報酬の算定方法に掲げる療養としての使用を除く。）の実施（変更）報告書

上記について報告します。
令和　　年　　月　　日

保険医療機関・
保険薬局の
所在地及び名称
開設者名

地方厚生（支）局長　殿

（実施日・変更日　令和　　年　　月　　日）

一般的名称及び製品コード	医療機器の 販売名	患者からの徴収額
		円

（別添 11）

官報掲載事項の一部訂正

【令和６年３月５日（号外第 49 号)】

○　診療報酬の算定方法の一部を改正する件（厚生労働省告示第 57 号）

該当箇所	誤	正
別表第一 第１部　併設保険医療機関の療養に関する事項 ４　その他の診療料	４　その他の診療料 （略） イ～リ　（略） ヌ　第２章特掲診療料第 14 部その他に掲げる診療料（外来・在宅ベースアップ評価料⑴及び外来・在宅ベースアップ評価料⑵（再診時に限る。）を除く。）	４　その他の診療料 （略） イ～リ　（略） ヌ　第２章特掲診療料第 14 部その他に掲げる診療料（外来・在宅ベースアップ評価料⑴及び外来・在宅ベースアップ評価料⑵（いずれも再診時に限る。）を除く。）

○　特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件（厚生労働省告示第 59 号）

該当箇所	誤	正
別表第一	別表第一　特定疾患療養管理料並びに処方料並びに処方箋料の特定疾患処方管理加算に規定する疾患	別表第一　特定疾患療養管理料並びに処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算に規定する疾患

【令和６年３月 27 日（号外第 73 号)】

○　要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合の一部を改正する告示（厚生労働省告示第 125 号）

該当箇所	誤	正
第２条中 別表第一	三　短期入所療養介護（介護老人保健施設又は介護医療院の療養室（以下「療養室」という。）において行われるものを除く。）又は介	次に掲げる療養 一　次に掲げる点数が算定されるべき療養 イ～チ　（略） リ　別表第一第２章第 10 部から第 14 部ま
	三　短期入所療養介護（介護老人保健施設又は介護医療院の療養室（以下「療養室」という。）において行われるものを除く。）又は介	次に掲げる療養 一　次に掲げる点数が算定されるべき療養 イ～チ　（略） リ　別表第一第２章第 10 部から第 12 部ま

		護予防短期入所療養介護（療養室において行われるものを除く。）を受けている患者	でに規定する点数 二　（略）			護予防短期入所療養介護（療養室において行われるものを除く。）を受けている患者	でに規定する点数 二　（略）	